

感染防止に関するお願い

当院では、院内感染防止の観点から、患者と接触する機会のある1週間以上の研修生及び実習生の皆様に、流行性ウイルス4疾患、B型肝炎ワクチン、インフルエンザワクチン（11月～3月の実習に限る）、新型コロナウイルスワクチンの接種を推奨しています。抗体価測定やワクチン接種の費用負担と副作用の心配があるため、十分ご検討の上、ご自身で決定していただきますようお願いいたします。

また、やむを得ず感染症に罹患した場合には、自己負担での治療となります。研修生及び実習生の安全確保並びに院内感染防止のため、ご協力くださいますよう、よろしくお願いいたします。

医療法人社団 誠馨会
千葉メディカルセンター 病院長 殿

感染防止に関する誓約書

私は貴院での実習に際して、やむを得ず感染症に罹患した場合において、貴病院への補償を求めず自身の負担で治療を行うことを誓約します。

上記のとおり誓約します。

西暦 年 月 日

所属機関名 _____

氏 名 _____ 印

住 所 _____

連 絡 先 _____

実習・研修部署 _____

(実習・研修期間 西暦 年 月 日 ～ 年 月 日)