

群馬大学大学院医学系研究科群馬手術手技研修センター利用内規

平成 31. 4. 1 制 定

(趣 旨)

第 1 条 この内規は、群馬大学大学院医学系研究科群馬手術手技研修センター規程第 9 条の規定に基づき、群馬大学大学院医学系研究科群馬手術手技研修センター（以下「センター」という。）の利用に関し必要な事項を定める。

(センター利用者)

第 2 条 センターを利用できる者（以下「センター利用者」という。）は、次の各号のいずれかに該当するとおりとする。

- (1) 本学の教職員
- (2) 群馬県下の医療系国家資格を有する医療従事者
- (3) 本学の学生（ただし、本学教職員の監督下の利用に限る。）
- (4) センターが許可した手術手技研修の参加者
- (5) その他センター長が必要と認めた者（見学者及び立会者を含む。）

(実施責任者・実施担当者)

第 3 条 センター利用者のうち、手術手技研修の責任を負う者を実施責任者、実務を行う者を実務担当者とする。

2 実施責任者は、医学系研究科又は医学部附属病院の教授若しくは准教授（不在時は筆頭教員）とする。

3 実施担当者は、医学系研究科又は医学部附属病院の助教以上の教員とし、学会の指導医等の資格を有し、センター運営委員会（以下「運営委員会」という。）が実施するガイダンスを受講している者とする。

(利用申請)

第 4 条 手術手技研修を実施するためにセンターを利用しようとする実施責任者は、センター利用申請書（別紙様式）により、センター長に申請するものとする。

2 センター長は、前項の申請があった場合、運営委員会で審査のうえ可否を決定し、実施責任者に通知するとともに、申請ごとに次条に定める指導監督者を選任するものとする。

(指導監督者)

第 5 条 センターの利用について監督するため、指導監督者を置く。

2 指導監督者は、死体解剖保存法(昭和 24 年法律第 204 号)第 2 条第 1 項第 1 号又は第 2 号に規定する者でなければならない。

(安全管理)

第 6 条 センター利用者は、センターの安全管理のため、次の各号に掲げる事項を遵守し

なければならない。

- (1) 別に定める病院感染防止対策マニュアルを遵守すること。
- (2) 事故が発生した場合,別に定める教職員の事故への対応マニュアルに基づき適切に対応すること。
- (3) その他安全管理に必要な事項
(利用の一時停止等)

第7条 センター長は、センターの利用について安全性・倫理性・手続き等について疑いが生じた場合は、実施責任者に利用の一時停止の命令を行うものとする。

2 センター長は、一時停止の命令を行った場合、当該利用について運営委員会に諮り、利用方法の改善の勧告又は中止の命令を実施責任者に行わなければならない。

(報 告)

第8条 実施責任者は、利用後2週間以内に、次の各号に掲げる書類により、センター長に利用実績を報告しなければならない。

- (1) センター利用報告書
 - (2) 実績報告書（一般社団法人日本外科学会 CST 推進委員会様式）
 - (3) 経費報告書（一般社団法人日本外科学会 CST 推進委員会様式）
 - (4) 利益相反に関する報告書（一般社団法人日本外科学会 CST 推進委員会様式）
- (慰霊祭)

第9条 実施責任者は、原則として群馬大学医学部が主催する解剖献体慰霊祭に出席することとする。

附 則

この内規は、平成31年4月1日から施行する。

群馬手術手技研修センター利用申請書

緑の枠には該当する箇所に○を入力ください。

実施代表者	氏名											
	講座名及び役職											
実施責任者	氏名											
	講座名及び役職											
研修等の名称												
目的	1. 教育	<input type="checkbox"/>	a. 基本的な医療技術の習得									
		<input type="checkbox"/>	b. 基本的な手術手技、標準手術の習得									
		<input type="checkbox"/>	c. 高度な技術を要する手術手技の習得									
	2. 研究	<input type="checkbox"/>	a. 手術手技に関連する臨床解剖の研究									
		<input type="checkbox"/>	b. 新規の手術手技の研究開発									
		<input type="checkbox"/>	c. 医療機器等の研究開発									
目的の概要												
実施内容の概要												
実施日、期間	年	月	日	～	年	月	日					
	実施時間 (:	～	:)						
実施回数	計		回									
参加予定人数と公募の有無、 学内・学外の別	合計		人	※医師・ 歯科医師のみ	公募	<input type="checkbox"/>	1. 有	<input type="checkbox"/>	2. 無			
	学内医師・歯科医師		人	関連施設		人	学外(公募)		人			
見学予定者(医師・歯科医師 以外、人的支援を含む)の内 訳	合計		人	※医師・歯科医師以外の者が遺体による手術手技研修等を実施することは認められない								
		参加数		見学者の役割			見学目的					
	学生		人									
	メディカルスタッフ 業者等		人									
ご遺体の数	体											
解剖部位	<input type="checkbox"/>	1. 頭部	<input type="checkbox"/>	2. 頸部	<input type="checkbox"/>	3. 胸部	<input type="checkbox"/>	4. 腹部	<input type="checkbox"/>	5. 上肢	<input type="checkbox"/>	6. 下肢
倫理委員会※への申請	課題名 ()											
	学内審査番号()											
※倫理委員会への申請書と承認通知書のコピーを提出すること												
経費	費用総額見込		円	参加者負担予定額		円						
	科研費等公的研究費	<input type="checkbox"/>	1、有	<input type="checkbox"/>	2、無							
	その他の補助・援助	<input type="checkbox"/>	1、有	<input type="checkbox"/>	2、無							
	企業の支援	<input type="checkbox"/>	1、有	<input type="checkbox"/>	2、無							
企業からの機器・薬品の提供	<input type="checkbox"/>	1、有	<input type="checkbox"/>	2、無	提供「有」の場合は機器・薬品名及び有償無償を記載							
	機器名・企業名											
	薬品名・企業名											
	<input type="checkbox"/>	1、有償	<input type="checkbox"/>	2、無償								
写真、動画作成希望の有無 目的、方法、対象	<input type="checkbox"/>	1、有	<input type="checkbox"/>	2、無								
	目的、方法、対象											