

2026年度

神戸学院大学栄養学部栄養学科
管理栄養学専攻・臨床検査学専攻
新入生・保証人各位

神戸学院大学
栄養学部栄養学科
学部長 南 久則

臨地・校外実習のための「感染症予防対策」の実施について（お願い）

記

拝啓 時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。平素より本学の教育に対しまして、格別のご理解とご支援を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、本学部は、卒業ならびに国家試験受験資格を得るために必須科目の「臨地・校外実習」を実施しています。臨地・校外実習では、麻疹・風疹・ムンプス（おたふくかぜ）・水痘（水ぼうそう）およびB型肝炎（※注1）の抗体価の提出を実習先から求められています。これは、実習生に対して①「感染源」とならない、②自分自身を「感染から守る」ための対策として行っているものです。

つきましては、「抗体価検査」の実施について下記の通りご案内いたします。また、検査の結果「免疫不十分」と判定された場合は、「ワクチン接種」を受けていただくことになります（ワクチン接種は強制ではありませんが、実習施設での感染予防や、予防接種の副反応に関して本人および保証人様が十分理解した上で、接種されることをお勧めします）。ワクチン接種の実施費用については、自己負担とさせていただきます。各ご家庭での大きな負担となり、大変ご迷惑をお掛けいたしますが、安全な実習実施のために必要不可欠な検査ですので、何卒ご理解いただけますようお願いします。なお、抗体価検査、予防接種の実施にあたり、本学の感染症予防対策に対してご理解いただけます場合は、2ページ目の同意書をダウンロード・印刷し、署名・捺印のうえ、4月2日の学部オリエンテーション・学修案内の際にご提出いただきますようお願いします。

敬具

1. 抗体価検査の実施予定日・場所

日程：2年次の5月ごろ 場所：神戸学院大学有瀬キャンパス医務室

実施医療機関：仁恵会 石井病院（学校医）

（体調不良等により受診できなかった場合は、別に案内をさせていただきます）

2. 抗体価検査費

大学負担

3. 抗体価検査の結果返却

2年次予定

（結果の説明並びにワクチン接種についての説明会を開催します）

4. ワクチン接種費用

自己負担

5. 同意書控え

提出いただきました同意書は、後日、学生それぞれに控えをお渡しします。

6. その他 注意事項

（注1）B型肝炎抗体価検査については、臨床検査学専攻の学生のみの実施になります。但し、管理栄養学専攻の学生でも、実習先によっては提出を求められる場合があります。その場合は、実習先が決まり次第、対象者に個別連絡をし、外部医療機関にて受診していただくことになります。

（注2）ワクチン接種にあたり（抗体価の免疫不十分の場合）、アレルギー疾患等がある場合は、主治医に十分にご相談の上、接種をご判断下さい。

（注3）実習先によっては、上記以外の検査が求められる場合もあります。

7. お問い合わせ先（月～金曜日の9:00～17:00）：078-974-1551（代表）

〔管理栄養学専攻 ワクチン接種担当：公衆栄養・衛生学部門 枝澤
臨床検査学専攻 ワクチン接種担当：臨床検査学部門1 兵頭〕

以上

学籍番号 : _____

神戸学院大学栄養学部栄養学科
学部長 殿

神戸学院大学栄養学部栄養学科が実施する 臨地・校外実習のための「感染症予防対策」に関する同意書

貴学の栄養学部栄養学科が実施する感染症予防対策の実施について、同意します。

記入日： 西暦 年 月 日

学生氏名： _____ 印

住所： _____

保証人氏名： _____ 印

住所： _____

提出日：2026年4月2日の学部オリエンテーション・学修案内

※ボールペンでの記入をお願いします。

【個人情報の取り扱いについて】

ご記入していただいた個人情報は当学部にて厳重に管理し、抗体検査・ワクチン接種に関わる目的以外では使用いたしません。

<記入方法> ※全てボールペンでの記入をお願いいたします。

学籍番号が交付され次第、記入してください。

学籍番号 :

神戸学院大学栄養学部栄養学科
学部長 殿

神戸学院大学栄養学部栄養学科が実施する 臨地・校外実習のための「感染症予防対策」に関する同意書

貴学の栄養学部栄養学科が実施する感染症予防対策の実施について、同意します。

同意書記入日の日付

記入日： 西暦 年 月 日

下宿予定の方で、住所がすでに決まっている場合は、その住所を記載して下さい。未定の場合は、現在お住まいのご住所で構いません。

学生氏名 : _____

印

住所 : _____

学生および保証人の方は、
それぞれ自署をお願いいた
します。
学生と保証人の欄は、それ
ぞれ別の印鑑を押して下さ
い。

保証人氏名 : _____

印

住所 : _____

提出日：2026年4月2日の学部オリエンテーション・学修案内

※ボールペンでの記入をお願いします。

【個人情報の取り扱いについて】

ご記入していただいた個人情報は当学部にて厳重に管理し、抗体検査・ワクチン接種に関する目的以外では使用いたしません。

記入した後に訂正する場合は、訂正箇所に二重線を引いて訂正印（認印）を押し、
訂正していただきますようお願いいたします。