

地域医療体験研修

参加者募集

自然豊かな福島県奥会津で地域医療を体験してみませんか？

平成23年
8月4日(木)
～6日(土)
〔2泊3日〕

【対象者】

地域医療に関心を持つ医学部学生

【募集定員】

15名程度

※定員になり次第締め切ります

【参加費】

集合場所からの費用は無料です

【申込み方法】

FAXまたは電子メールにより
下記あてに申込書を送付してください

【研修内容】

〈1日目〉

- ・仮設住宅における保健師等の活動の視察
- ・地域医療現場の視察
(視察予定先：金山町国保診療所)
- ・地域住民との交流

〈2日目〉

- ・地域医療現場の視察
(視察予定先：福島県立南会津病院、
只見町国保朝日診療所)
- ・地域医療に従事する医師との懇談会

〈3日目〉

- ・課題研究、発表
- ・グループディスカッションなど

【宿泊場所】

しらかば荘(昭和村)、湯ら里(只見町)

【集合場所】

JR福島駅、または福島県立医科大学



〔申込み・お問い合わせ先〕

福島県会津保健福祉事務所 総務企画部 総務企画課

電話 0242-29-5519 FAX 0242-29-5509

E-mail aidu.hokenfukushi@pref.fukushima.jp

奥会津の地域医療 HP⇒<http://www.pref.fukushima.jp/aizuhofuku/hekichi/index.html>



【送付先】

福島県会津保健福祉事務所 総務企画課あて

Fax: 0 2 4 2 - 2 9 - 5 5 0 9

E-mail: aidu.hokenfukushi@pref.fukushima.jp

下記に記入の上、Faxまたはメールでお送りください。

メールの場合は「奥会津の地域医療 HP」から様式
(word形式)をダウンロードして使用してください。

平成23年度地域医療体験研修(夏期)参加申込書

申込日：平成23年 月 日

| | | | |
|--|--|--------|-----|
| ふりがな 氏名 | | 性別 | 男・女 |
| 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日 | | |
| 現住所 | 〒 TEL(携帯) E-mail | | |
| 上記以外の連絡先 (帰省先など、上記以外の 連絡先がある場合に記入 してください) | 〒 TEL | | |
| 大学名 | 大学(年生) | | |
| 出身地 | (都道府県名) | (市町村名) | |
| 集合場所 | JR福島駅西口 ・ 福島県立医科大学 (希望する場所に を付けてください) | | |
| 質問等ありましたら、 記入してください。 | | | |

申込書を送付された方には、申込書を受領した旨の電話またはメールをいたします。

申込書を送って数日経っても連絡がない場合には、下記までお問い合わせください。

(会津保健福祉事務所 総務企画課 宮嶋 Tel: 0242-29-5519)