

## 参加者の決定

参加の決定結果については、開催日までに**学校を通じて通知**します。  
(希望職種に指定がない場合、事務局にて人数を考慮した上で職種振り分けとなります)

## 損害保険について

参加者全員を対象に「レクリエーション傷害危険補償特約セット普通傷害保険」へ加入します。  
ただし、参加者ご本人の責任に帰すべき疾病、事故等による治療費は保険の対象とはなりません。  
なお、本保険につきましては会場内に入場した時から会場内から退場するまでの適用となります。

### 【補償内容について】

レクリエーション補償プラン加入(イベント期間2019年7月-2019年8月)

[保険種目] 行事(レクリエーション)参加者の傷害危険補償特約セット普通傷害保険

[補償内容] 一人当たりの保険金額

・死亡・後遺障害保険金額	1,000万円
・入院保険金(日額)	5,000円
・手術保険(入院時)	50,000円
・手術保険(外来時)	25,000円
・通院保険金(日額)	3,000円

## 当日の持参物および服装について

**筆記用具、メモ帳、運動靴、昼食、運動着、長髪の生徒はヘアピン・ゴム**を持参してください。  
(昼食と運動着は一部体験では不要の場合があります)

**食物アレルギーのある生徒さんは事前に医療人ネットワーク社に申告し、午後までの体験の場合は昼食を持参してください。**

## 当日の緊急連絡先

セミナー当日に緊急の連絡がある場合は、**セミナー開始時刻30分前までに**  
医療人ネットワーク合同会社(TEL:024-522-1192)へ連絡して下さい。  
その際、担当者に**参加予定施設名・体験コース名・名前・学校名**を必ず伝えて下さい。

## 提出物について

セミナー受講後、セミナー会場で受講感想文を書き、提出してもらいます。  
提出物：400字詰め原稿用紙二枚以内の感想文(必要事項は感想文、タイトル、氏名、校名、枚数を記入)

## その他

- (1) 申込者が募集人数を超す場合は抽選となります。
- (2) 詳細な日程、集合場所、準備物等に変更がある場合は、参加者に直接ご連絡します。
- (3) 台風や自然災害等で中止の場合は、前日に連絡をします。
- (4) 保護者の見学はできません。
- (5) 「地域医療体験セミナー」にかかる記録写真や記録映像等については、新聞やテレビ、県の広報、報告書等で使用させていただきます。  
参加に当たっては、肖像権使用の承諾を前提とします。



医療人ネットワーク合同会社 「地域医療体験セミナー」

運営事務局(休日:土曜日、日曜日、祝日)

〒960-8036 福島市新町4番19号山口ビル3階

電話:024-522-1192(通常受付:平日10:00~17:00)

Eメールアドレス:iryojin@iryojin.com



参加費無料

# 地域医療 体験セミナー 募集要項

主催:福島県教育委員会

高校一年生対象 地域医療体験セミナー

令和元年度  
ふくしまの未来を  
医療で担う夢応援事業



## はじめに

医療関係の仕事を目指しているみなさん、あるいは医療に興味のあるみなさん、  
医療関係の進路・仕事の内容などについて質問はないですか?

福島県教育委員会では、高校1年生を対象として、委託事業である「地域医療体験セミナー」を実施します。  
医療の現場を実際に職種別で体験し、イメージを作り、目標を明確にするために、また、  
迷いや質問したいなと思っていることを直接職員に聞いて、解決するために参加してみませんか?  
医療関係を目指しているわけではないけど、医療に興味のある方も、ぜひ参加してみてください。

## 開催時期

令和元年7月13日(土)～令和元年8月23日(金)

後期地域医療体験セミナー(実施時期:令和元年11月から令和2年2月)の  
募集は令和元年10月を予定しています。

## 開催場所及び参加募集人数について

県内各エリアの医療機関等

※会場へは現地集合・現地解散となります。

開催日時・集合場所・募集人数の詳細は裏面を参照下さい。

## 対象生徒

福島県内の高等学校に在籍する高校1年生

## 申込方法

参加を希望する生徒さんは、在籍する学校の担任の先生から参加申込書を受け取り、  
必要事項を記入して**令和元年6月19日(水)まで**に担任の先生に提出して下さい。  
在住エリアではない施設も応募可能です。また、複数施設への応募も可能です。  
学校では申込者を福島県教育庁高校教育課から別送付の参加申し込みシート(EXCEL)に集約し、  
**令和元年6月24日(月)まで**に提出願います。  
令和元年7月2日(火)までに、担任の先生へ参加決定者を通知致します。

※一部の医療機関においては同意書(個人情報保護に関わる誓約書等)や食物アレルギーの調査を  
求められることがありますので、承知の上参加下さい。