

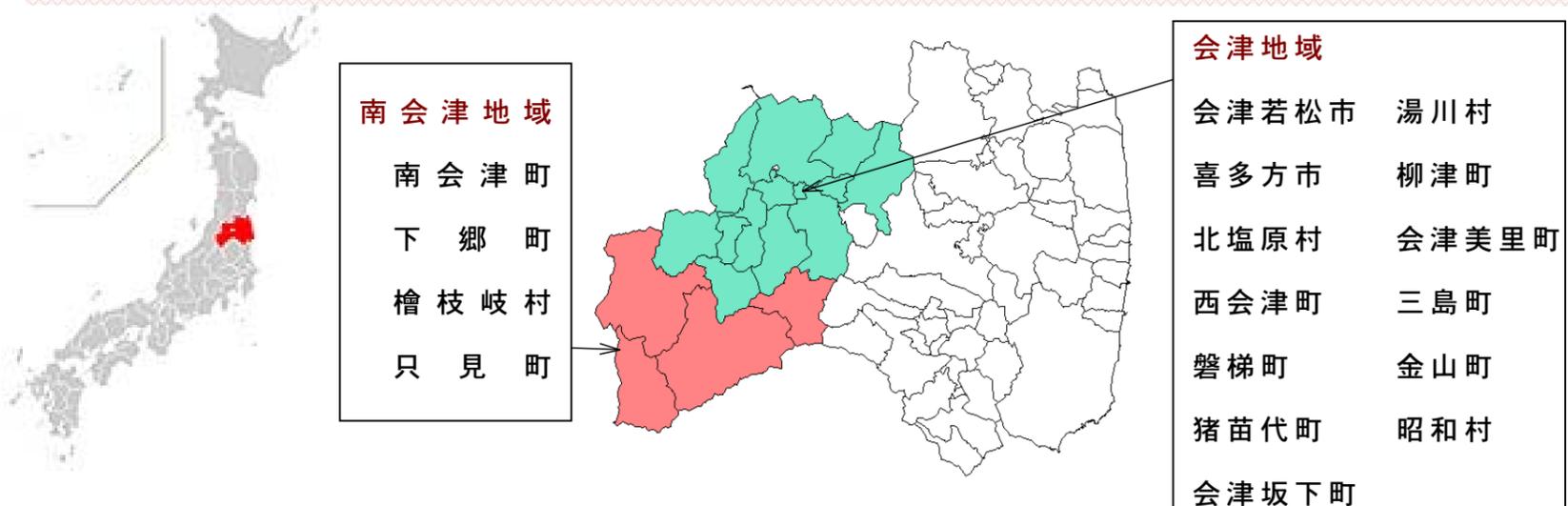
# 地域医療一日体験研修 参加者募集

会津の冬景色

只見町国保朝日診療所



- 1 日時：平成23年3月2日（水）前泊  
平成23年3月3日（木）
- 2 対象者：大学の医学部学生（4年生以上）5名以内
- 3 場所：只見町国保朝日診療所
- 4 内容：診療所の医師に1日随行し、診察、相談、訪問などを体験する。
- 5 集合場所：JR福島駅又は福島県立医科大学
- 6 参加費：集合場所から交通費、宿泊費等は県で負担します。



## 申込み・問い合わせ先

福島県会津保健福祉事務所 総務企画部地域支援課 担当伊藤

電話 0242-29-5506

FAX 0242-29-5509

E-mail [aidu.hokenfukushi@pref.fukushima.jp](mailto:aidu.hokenfukushi@pref.fukushima.jp)

福島県会津保健福祉事務所  
福島県南会津保健福祉事務所



(下記に記入の上、F a xまたはメールでお送りください。)  
(※メールの場合は「奥会津のへき地医療 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。)

福島県会津保健福祉事務所 地域支援課行き

Fax: 0242-29-5509

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

〒965-0873 会津若松市追手町7番40号 会津保健福祉事務所 総務企画部 地域支援課

## 地域医療一日体験研修 参加申込書

申込日：平成 年 月 日

(ふりがな) 氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	昭和・平成 年 月 日生		
現住所	〒  TEL (携帯) E-mail		
上記以外の連絡先 (帰省先等、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 (希望する場所に○)	J R福島駅 ・ 福島県立医科大学		
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確認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 地域支援課 伊藤 Tel: 0242-29-5506)