

令和3年度 兵庫県立丹波医療センター地域医療体験実習のご案内

県立丹波医療センター（令和元年7月1日開院）は、兵庫県の中東部に位置する丹波医療圏の中核病院です。神戸や大阪から車で約1時間の距離にあります。初期臨床研修の基幹型臨床研修病院並びに神戸大学の協力病院として研修医を受け入れています。

当院の地域医療体験実習では、①地域における医療の現場を体験することにより、**総合医**としての能力を身につけることができ、②神戸大学医学部の**特命教授ほか豊富な経験を有する専門指導医陣の直接指導**により、医師としての基礎診療能力を確実に身に付けることができます。

話を聞き、言葉を交わす。あなたの目を見て、手のひらで、そして指先で触れて診る。聴診器で音を聴き、血圧を測る。他に頼るツールはありません！頭の中で診断、治療への道を探る。県立丹波医療センターでの、1泊2日の体験実習で医師としての原点を体験しませんか？

ご希望の方は、下記の申込用紙に必要事項を記入の上、FAX（0795）88-5210 でお申込みください。下記申込必要事項をメールで soumu@tmc.hyogo.jp にお送りいただいても結構です。

対象：医学部4・5・6年生、ならびに初期・後期研修医

定員：各コース 5名まで（先着順）

日時：1回目 7月20日（火）～21日（水）

2回目 8月17日（火）～18日（水）

3回目 令和4年3月8日（火）～9日（水）

費用：食事代、宿泊代及び集合から解散までの交通費は、当院が負担します。

集合・解散場所は、JR神戸線三ノ宮駅周辺です。

————— <申込用紙：ご記入の上、FAXしてください。> —————

令和3年度 兵庫県立丹波医療センター地域医療体験実習の参加を希望します。

【申込必要事項】

フリガナ 氏名： _____ 性別： 男 ・ 女 年齢： _____ 歳

郵便番号： _____ 住所： _____

携帯番号： _____ メールアドレス： _____

所属大学： _____ 学年： _____ 年 所属病院： _____ ・ 卒後年数： _____ 年
県の養成医（ はい ・ いいえ ）

希望のコースに○をつけてください。（ 1回目 2回目 3回目 ）

その他ご希望があればご記入ください。

[_____]

（担当）兵庫県立丹波医療センター 総務課
（返信先）FAX：（0795）88-5210