

『医療体験セミナー』開催概要

1. 目的

医師の仕事を子供たちに実体験を通じてより良く理解してもらうことで、医療への関心を高め、将来の自身の進路を選定する際の一助となること

2. 日時

平成 29 年 8 月 6 日(日) 13:00～

3. 場所

聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 3 階講堂

〒241-0811 横浜市旭区矢指町 1197-1 TEL 045-366-1111



4. 共催

聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院

ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社 メディカル カンパニー

5. 参加対象者

旭区、瀬谷区周辺の小学校高学年(5, 6年)、中学生約 30 名を予定しております。

申し込みが多数あった場合、抽選により参加者を決めさせていただく場合がございますので、予めご容赦ください。申し込みに当たりましては、大変お手数ではございますが、必要事項をご記入の上、

7 月 14 日(金)までに、往復はがきにてご送付くださいますよう、宜しく願い申し上げます。

(開催中は保護者の皆様には別室で待機していただきます)

6. プログラム

13:00～13:30

集合、受付（聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 3階講堂）

13:30～13:35（5分）

開会の挨拶、セミナーの流れ/注意点等の説明

13:40～14:00（20分）

施設見学/医師の仕事について

14:00～16:30

各ブースの体験(例)

①内科診察ブース

②手術室体験

③検査ブース

④ERブース など

16:40～17:00

修了証書授与式、閉会式、

7. 事務局（問い合わせ先）

聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院

担当：総務課 阿部

〒241-0811 横浜市旭区矢指町 1197-1

Tel:045-366-1111 Fax:045-366-1172

8. その他

子供医療体験は聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院内で開催いたしますが、ご参加の皆さんが患者さんと直接接触することはございません。

なお、不測の感染症集団発生等によりセミナーの開催を取り止めさせていただく場合がありますので、予めご了承ください。

尚、参加の児童・生徒の皆様には、お申込み頂いた情報を基に、**セミナー実施の時間帯について保険に加入いただきます。費用は事務局にて負担致します。**

『医療体験セミナー』参加要項

必要事項をご記入の上、下記申込書送付先まで**往復はがき**にてご送付くださいますよう、宜しく
お願い致します。

申込み多数の場合、抽選にて決定させていただく場合がございます。参加の確定については後
日、
確定のご連絡をさせていただきますので、必ず連絡先のご記入をお願い致します。

注 意 事 項

お申し込みの際には、以下2点にご同意いただいた上で、お送り下さいますようお願い申し上げます。

注意事項にご同意いただけない場合、ご参加頂くことができかねますので予めご了承ください。

① 「個人情報の取り扱いについて」

参加申し込みの際に記載して頂く個人情報は、本セミナーの開催・運営およびそれに関連する
業務遂行のために必要な範囲でのみ利用させていただきます。

② 取材について

セミナー当日は、テレビ・新聞など、報道関係者が取材をさせていただく場合がございます。セミ
ナーの途中や前後でインタビューを受けた場合は、放送・記事となる可能性がありますこと、あら
かじめご了承ください。

①参加者名：

②学校名／学年

③連絡先電話番号／メールアドレス

④参加同意の署名(保護者の方)

⑤保護者参加の有無： 有(名) ・ 無

【申込書送付先】

聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院
〒241-0811 横浜市旭区矢指町 1197-1
電話 045-366-1111