

(様式1)

令和8年4月30日

地域医療支援センター長 様

市立大洲病院開設者
大洲市長 二宮 隆久

地域医療実習実施計画書

下記のとおり地域医療実習実施計画書を提出します。

記

実習責任者 職・氏名	市立大洲病院 院長 佐藤 武司
実習内容	(1日目) オリエンテーション 病院紹介 院内見学 実習(救急外来、内視鏡、栄養相談、救急蘇生講習、 検査業務、腹部超音波、手術、在宅看護業務、 血液透析、糖尿病教室などの見学) (2日目) 実習 まとめ、意見交換会 【注意事項】 ①希望によって、日数を含めプログラムの変更も可能です。 診療科についても、希望により調整します。 ②同時期の受入可能人数は1名です。 ③宿泊施設は当院から車で7～8分程度のビジネスホテルを用意 します。 ④体調管理を万全に行ってください。発熱等体調が悪い場合は実習 を中止します。
実習可能時期	8月～9月
担当者職氏名 (電話番号)	事務課 課長補佐 山田 典弘 (TEL 0893-24-2151)