

平成22年度青森県「医学生の地域医療環流促進事業」実施要領

(趣旨)

第1 県は、地域医療に関する理解を深めてもらうとともに将来のへき地勤務医師の養成を図ることを目的とし、青森県内外の大学の医学部学生を対象とした県内のへき地等の医療機関での実習(以下「実習」という。)について、必要な事項を定めるものとする。

(実習の実施機関)

第2 実習は、次の各号に掲げるへき地医療拠点病院及びへき地診療所等(以下「実習実施医療機関」という。)で行う。

(1) へき地医療拠点病院等 (*へき地医療拠点病院)

一部事務組合下北医療センターむつ総合病院*

三戸町国民健康保険三戸中央病院*

公立野辺地病院*

一部事務組合下北医療センター大間病院*

国民健康保険おいらせ病院

南部町国民健康保険名川病院

平内町国民健康保険平内中央病院

町立大鱈病院(早瀬野診療所)

黒石市国民健康保険黒石病院

(2) へき地診療所等

深浦町国民健康保険関診療所

一部事務組合下北医療センター東通村診療所

田子町国民健康保険町立田子診療所

六ヶ所村国民健康保険尾駁診療所

(3) そのほか青森県健康福祉部長が適当と認定する医療機関

(実習期間)

第3 実習の期間は、次の各号に掲げるとおりとする。

(1) 短期コース(医療の原点にふれるコース)は、1週間程度とする。

(2) 長期コース(生きた医療現場の体感コース)は、4週間程度とする。

第4 実習実施医療機関の長は、診療業務の繁閑期等を考慮し、当該施設での受け入れの制限及び受入日の変更を行うことができるものとする。

2 前項の受入の制限及び受入日の変更等調整は、青森県健康福祉部医療薬務課(以下「医療薬務課」という。)が行うものとする。

(実習内容)

第5 実習の内容等は、実習実施医療機関に応じて、別表のとおりとする。

(実習対象者)

第6 実習対象者は、次の各号に掲げるとおりとする。ただし、学校法人自治医科大学

及び防衛医科大学校の医学生は、対象外とする。

(1) 短期コースは、県内外の医学生(全学年)とする。

(2) 長期コースは、県外の医学生(全学年)とする。

(募集人員)

第7 前条各号に掲げる募集人員は、次の各号に掲げるとおりとする。

(1) 短期コースは、10名程度とする。

(2) 長期コースは、10名程度とする。

(募集方法)

第8 県は、全国の医師養成機関である大学にチラシを配布するほか、青森県ホームページ等を用いて実習生を募集する。

(応募方法)

第9 実習を希望する医学生は、実習申込書(様式第1号)に学生証の写しを添えて、医療薬務課に提出するものとする。

(実習生の義務)

第10 実習を終了した医学生は、県に対し、実習終了後、速やかに実習報告書(様式第2号)を提出するものとする。

(実習における経費)

第11 県は、職員等の旅費に関する条例(昭和27年9月青森県条例第45号)に基づき、前条に規定する実習報告書を提出した医学生に対して、所属大学から実習先までの1往復分の旅費を支給する。

2 実習を終了した医学生は、県に対して、口座振替申出書(様式第3号)を提出するものとする。

3 へき地拠点病院及びへき地診療所等を有する市町村は、実習が決定した医学生に対して、市町村施設等の宿泊場所を提供する。

4 実習実施医療機関で実習する医学生は、自ら食事等の負担をする。

(修了証書の交付)

第12 県は、実習を修了した者に修了証書(様式第4号)を交付するものとする。

(その他)

第13 この要領に定めるもののほか当該実習の実施に関し必要な事項は、実習実施機関等と協議して定めるものとする。

附 則

この要領は、平成22年4月1日から施行する。

平成22年度青森県「医学生の地域医療環流促進事業」申込書

ふりがな
氏名： _____ 大学名： _____ (年)

生年月日：昭和・平成 年 月 日生

住所：〒 _____

連絡先(電話番号)： _____

実習期間：平成 年 月 日から平成 年 月 日まで(_____ コース)

実習先： _____

申込書には、学生証の写しを添付してください。

【本事業をどこで知りましたか。以下の該当する項目に を記入下さい。】

- ・学校に貼ってあるチラシを見て
- ・インターネットの案内を見て
- ・友人に誘われた
- ・先に実習をした友人・先輩の話を聞いて
- ・その他(具体的に： _____)

平成22年度青森県「医学生の地域医療環流促進事業」報告書

氏名

大学名

実習期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで
実習内容 (概要)	
実習に対する感想	
実習に対する意見 ・要望	

旅費の口座振替申出書

平成 年 月 日

平成22年度青森県「医学生の地域医療環流促進事業」に係る旅費について、次のとおり申出します。

ふりがな
氏名： _____ 印

住所： _____

連絡先： _____

振込先	金融機関	銀行 金庫 組合	支店
	預金の種別	1 普通預金	2 当座預金 (該当する方を で囲んでください)
	口座番号		

注意事項

- 1) 実習生本人名義の口座であること。

第 号

修 了 証 書

実 習 名 平成22年度青森県「医学生の地域医療環流促進事業」
(短期コース・長期コース)

実習期間 平成 年 月 日から平成 年 月 日まで

氏 名

昭和・平成 年 月 日生

標記実習を修了したことを証します

平成 年 月 日

青森県知事 三 村 申 吾

