

令和4年度地域医療ゼミナールの開催について

長崎大学医学部医学科では、令和4年度入学者選抜から学校推薦型選抜IIA（*地域医療枠）及び学校推薦型選抜IIB（地域医療特別枠）において、地域医療を志し、長崎県の地域医療に貢献することを目指す高等学校の生徒等を対象に、アドミッション・ポリシーで求める資質・素養を育成するため「地域医療ゼミナール」を開講しています。

令和4年度地域医療ゼミナールの受講修了は、令和5年度学校推薦型選抜IIA（長崎医療枠）及び学校推薦型選抜IIB（地域医療特別枠）での出願要件の一つとなっています。

つきましては、別紙のとおりゼミナールの開催をご案内しますので、御校で受講対象者の要件を満たす在校生及び卒業生の受講希望者をお取りまとめのうえ、期日までにお申込みくださいますよう、お願いいたします。

*注 学校推薦型選抜IIA（地域医療枠）は、令和5年度選抜から学校推薦型選抜IIA（長崎医療枠）に改称を予定しています。

担 当：長崎大学 生命医科学域・研究所事務部 学務課 平宇 電 話：095-819-7010 FAX：095-819-7168 E mail：gakumukakari_med@ml.nagasaki-u.ac.jp

【開催情報】

開講日時：令和4年7月30日（土）12：30（11：30から開場・受付開始）

*開講時刻に遅れた受講者は特別な事情がない限り、受講は認められません。

集合場所：長崎大学坂本キャンパス（1） 医学部記念講堂（長崎県長崎市坂本1-12-4）

*受講者数により、同キャンパス内の別の講堂等に変更することがあります。

ゼミナールの構成：① 講義（約60分）② グループディスカッション・レポート作成（90分）

持参物：① 令和4年度地域医療ゼミナール受講者票（7月22日（金）までに学校宛に発送）

② 筆記用具（黒鉛筆もしくはシャープペンシル、消しゴム、鉛筆削り）

③ 時計（スマートウォッチは不可）

④ 不織布マスク

⑤ 健康状態確認シート（7月16日（土）から開講当日午前までが記録されたもの。）

【受講対象者】

高等学校又は中等教育学校を令和3年4月以降に卒業した者及び令和5年3月卒業見込みの者、あるいは特別支援学校の高等部又は高等専門学校第3年次を令和3年4月以降に修了した者及び令和5年3月に修了見込みの者で、次の各号に該当するもの

1. 次のいずれかに該当するもの。

① 長崎県内の小学校，中学校，高等学校又は中等教育学校を卒業した者

② 長崎県内の高等学校又は中等教育学校を卒業見込みの者

③ 長崎県内の特別支援学校の小学部，中学部若しくは高等部又は高等専門学校第3年次を修了した者

④ 長崎県内の特別支援学校の高等部又は高等専門学校第3年次を修了見込みの者

2. 令和5年度長崎大学医学部医学科学校推薦型選抜Ⅱの出願において、学習成績概評がⒶ又はA段階となることが見込まれる者で、高等学校長等の承認を得られたもの

【申込み】

方法： 受講希望者を学校が取りまとめ、下記の申込み先へ期日までに到着するように簡易書留で申し込みに必要な書類を送付すること。

申込先： 〒852-8523 長崎県長崎市坂本1丁目12番4号

（問合せ先） 長崎大学生命医科学域・研究所事務部 学務課（学務担当）

電話番号 095-819-7010

期日： 令和4年7月15日（金）17：00必着

申込みに必要な書類：① 受講希望者名簿（学校が取りまとめて作成したもの）（別紙1）

② 地域医療ゼミナール受講申込書（別紙2）

③ 令和4年度地域医療ゼミナール受講者票写真票（受講希望者の写真（4cm x 3cm、申込みの3か月以内に撮影した上半身・無帽正面向き）を各票の所定欄に貼付したもの）（別紙3）

④ 返信用切手を貼付した角形2号返信用封筒を1部（返信用切手は、受講者証4g x 受講予定者数+封筒30gの合計分の速達郵便料金）

⑤ 返信用切手を貼付した角形2号返信用封筒を1部（返信用切手は、

受講修了証 10g x 受講者数+封筒 30 g の合計分の普通郵便料金)
※返信用封筒には返信先学校住所等を記載すること

【その他】

- ① ゼミナール開講7日前(7月23日(土))以降に発熱や体調不良が生じた受講者は、上記問合せ先にご連絡ください。
- ② 健康状態確認シート(別紙4)を記録していない場合には、受講できない場合があります。
- ③ 構内では必ず不織布のマスクを着用してください。
- ④ ゼミナール開講時間中に食事はできません(飲水は可)。
- ⑤ 受講申込書により取得した個人情報はゼミナール関連業務のために利用することがあります。
- ⑥ 学校推薦型選抜ⅡB(地域医療特別枠)の募集人員については、文部科学省から令和4年度までを期限として暫定的な増員15人が認められているところであり、令和5年度以降については現時点では未定です。
- ⑦ 受講者票は同封された角2型返信用封筒で返送します。7月25日(月)までに受講者票が届かない場合は、上記問合せ先に電話で連絡してください。
- ⑧ 受講修了書は、受講修了後4週間を目途に、同封された角2型返信用封筒で学校宛に送付します。

以 上

令和4年 月 日

令和4年地域医療ゼミナール受講希望者名簿

学校名

担当者氏名

在校生

	氏名	フリガナ	備考(受講での配慮など)
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

卒業生

	氏名	フリガナ	備考(受講での配慮など)
1			
2			
3			
4			
5			

【同封物チェックリスト】

- 地域医療ゼミナール受講申込書(人数分)
- 返信用切手を貼付した角形2号返信用封筒を1部
(返信用切手は、受講者証4g x 受講予定者数+封筒30gの合計分の速達郵便料金)
- 返信用切手を貼付した角形2号返信用封筒を1部
(返信用切手は、受講修了証10g x 受講者数+封筒30gの合計分の普通郵便料金)
- 令和4年度地域医療ゼミナール受講者票及び写真票(写真2枚貼付)(人数分)
- 令和4年地域医療ゼミナール参加希望者名簿(本紙)(人数分)

受講者番号
※

※欄は記入しないこと。

令和4年度地域医療ゼミナール受講申込書

令和4年 月 日

長崎大学医学部長 殿

本校は、下記の本校生徒が標記ゼミナールの受講を希望していることを確認し、受講により本校での正課及び課外活動に支障が生じないことから、当該生徒の受講を許可します。

立 学校

学校長名 _____ (印)

私は、令和4年7月30日(土)に貴大学医学部医学科が開催します標記ゼミナールの受講を希望し、以下のとおり連絡先および受講希望理由を提出し、長崎大学が標記ゼミナールの実施にかかる業務のため、本申込書に記載された個人情報を利用することに同意します。

また、本申込書及びゼミナールにおいて提出されるレポート等は、入学者選抜時の面接の参考資料とすることを確認しました。

氏名 _____ (自著)

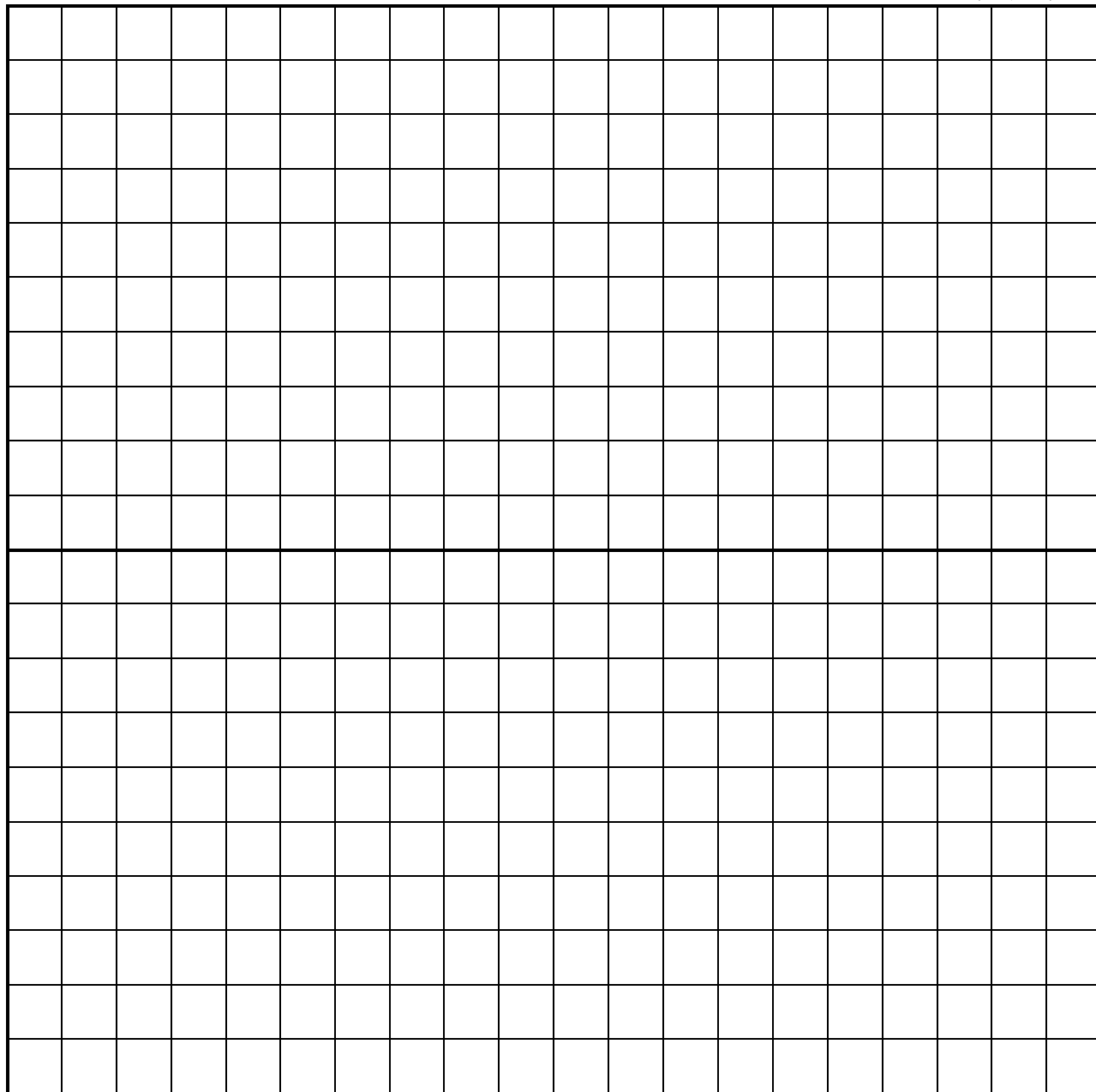
1. 受講希望者連絡先

電話番号： - -

住 所：

2. 受講希望理由 (受講希望理由と地域医療について考えることを書いてください)

(記入上の注意事項) ボールペン(黒)による自筆とし、楷書で丁寧に記入すること。ワープロ不可。コピーでの提出不可。



20×20

記入欄は以上

受講者氏名

令和4年度地域医療ゼミナール受講者票

受講者番号	※
ふりがな	
氏名	

写真貼付
参加申込み
3カ月以内に
撮影したもの
(タテ4cm×
ヨコ3cm)

(注) ※印欄は記入しないこと

----- (切り離さないこと) -----

令和4年度地域医療ゼミナール写真票

受講者番号	※
ふりがな	
氏名	

写真貼付
参加申込み
3カ月以内に
撮影したもの
(タテ4cm×
ヨコ3cm)

(注) ※印欄は記入しないこと

ゼミナール実施部記入欄 (記入しないこと)

受付日	令和4年 月 日	備考欄
担当者		

健康状態確認シート

Health Check Sheet

講義名 (開講日)	令和4年度 地域医療ゼミナール (令和4年7月30日)	受講者番号	氏名
--------------	-----------------------------------	-------	----

※ 開講当日に受付で提出してください。

	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	8日目	9日目	10日目	11日目	12日目	13日目	14日目	15日目	記入例 example entry
	7月16日	7月17日	7月18日	7月19日	7月20日	7月21日	7月22日	7月23日	7月24日	7月25日	7月26日	7月27日	7月28日	7月29日	7月30日	
体温	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-
症状	37.5℃以上	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-
	のどの痛み	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	⊕・-
	鼻水	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-
	せき	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	⊕・-
	下痢	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-
鼻詰りが無いのに臭いや味がしない	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	⊕・-

+ : あり Yes
- : なし No