

県内臨床研修病院が一堂に会す
唯一のチャンスです!!

岐阜県臨床研修病院 合同説明会

2024年 10月14日 月・祝

時間 13:00~16:30
(受付/13:00~16:00)

場所 じゅうろくプラザ5F
JR岐阜駅前

参加
無料

事前予約制

※10月10日(木)
まで

インターネットによる申し込み

右記のアドレスから
事前申し込みが
可能です

岐阜県臨床研修病院合同説明会

検索

<http://www.pref.gifu.lg.jp/page/3357.html>



岐阜県臨床研修病院一覧 参加病院 21病院

- 岐阜地域/岐阜県総合医療センター、岐阜市民病院、松波総合病院、岐阜大学医学部附属病院、東海中央病院、岐阜赤十字病院、羽島市民病院、長良医療センター、朝日大学病院
- 西濃地域/大垣市民病院、西濃厚生病院
- 中濃地域/中部国際医療センター、中濃厚生病院
- 東濃地域/岐阜県立多治見病院、土岐市立総合病院、中津川市民病院、東濃厚生病院、多治見市民病院
- 飛騨地域/岐阜県立下呂温泉病院、高山赤十字病院、久美愛厚生病院



ドクターミナモ
清流の国ぎふ



主 催 / 岐阜県臨床研修病院協議会、一般社団法人岐阜県病院協会、岐阜県
お問い合わせ / 岐阜県健康福祉部医療福祉連携推進課 TEL:058-272-8879 FAX:058-278-2871 Mail:c11230@pref.gifu.lg.jp



岐阜県医師育成・確保コンソーシアム (岐阜県における地域医療支援センター)

岐阜大学医学部のほか、県内の研修医が多く集まる21病院を中心に、医師育成を通じた地域医療の確保を目指して結成されたシステムです。

コンソーシアムでは、県内の医療機関での臨床研修と、その後のキャリアアッププログラムを提供し、医師が安心して自分自身の成長を実感できるような医療現場環境となるよう、施設間での調整を行っています。

説明会当日は、コンソーシアムのブースも出展予定ですので、興味のある方はお気軽にお立ち寄りください。

お問い合わせ

■岐阜県医師育成・確保コンソーシアム事務局
(岐阜大学医学部附属地域医療医学センター内)
TEL.058-230-6093

岐阜県臨床研修病院一覧 (順不同)

病院名	所在地 電話番号
地方独立行政法人 岐阜県総合医療センター	岐阜市野一色4-6-1 058-246-1111
岐阜市民病院	岐阜市鹿島町7-1 058-251-1101
社会医療法人蘇西厚生会 松波総合病院	羽島郡笠松町田代185-1 058-388-0111
国立大学法人東海国立大学機構 岐阜大学医学部附属病院	岐阜市柳戸1-1 058-230-6048
大垣市民病院	大垣市南頬町4-86 0584-81-3341
地方独立行政法人 岐阜県立多治見病院	多治見市前畑町5-161 0572-22-5311
岐阜県厚生農業協同組合連合会東濃中部医療センター 土岐市立総合病院	土岐市土岐町土岐口703-24 0572-55-2111
地方独立行政法人 岐阜県立下呂温泉病院	下呂市森2211 0576-23-2222
高山赤十字病院	高山市天満町3-11 0577-32-1111
総合病院 中津川市民病院	中津川市駒場1522-1 0573-66-1251
公立学校共済組合 東海中央病院	各務原市蘇原東島町4-6-2 058-382-3101
岐阜赤十字病院	岐阜市岩倉町3-36 058-231-2266
岐阜県厚生農業協同組合連合会飛騨医療センター 久美愛厚生病院	高山市中切町1-1 0577-32-1115
社会医療法人厚生会 中部国際医療センター	美濃加茂市健康のまち1-1 0574-66-1100
岐阜県厚生農業協同組合連合会 中濃厚生病院	関市若草通5-1 0575-22-2211
岐阜県厚生農業協同組合連合会東濃中部医療センター 東濃厚生病院	瑞浪市土岐町76-1 0572-68-4111
羽島市民病院	羽島市新生町3-246 058-393-0111
独立行政法人国立病院機構 長良医療センター	岐阜市長良1300-7 058-232-7755
朝日大学病院	岐阜市橋本町3-23 058-254-0907
岐阜県厚生農業協同組合連合会岐阜・西濃医療センター 西濃厚生病院	揖斐郡大野町下磯293-1 0585-36-1110
社会医療法人厚生会 多治見市民病院	多治見市前畑町3-43 0572-22-5211

メール又はFAXによる申し込み

下記の参加申込書に記入し
メール又はFAXでお送り下さい。

メール送信先

c11230@pref.gifu.lg.jp

FAX送信先

058-278-2871

岐阜県健康福祉部
医療福祉連携推進課
行き

岐阜県臨床研修病院合同説明会

参加申込書

申し込み年月日

年

月

日

※参加申込者の個人情報、はこの合同説明会のより良い運営や岐阜県の医師確保対策のために活用させていただき、その他の目的で使用することはありません。

(フリガナ)			〒	□	□	□	□	□	□	□	□
参加者氏名			住 所								
大学名/学年											
携帯電話番号	-		性 別								
メールアドレス	[パソコン]										[携帯]
備 考											

※岐阜県の臨床研修病院についての資料の送付をご希望の方は、備考欄にその旨をご記入ください。