

# 高校生病院職場体験 同意書

私は下記の職場体験において、子どもが病院内で活動を行うことについて、内容を理解し、同意いたします。

## ■ 職場体験の概要

- ・ 企画名:医療の現場を体感しよう!～未来の医療人材育成プログラム～
- ・ 実施日時:2026年8月20日(木) 13時00分～16時30分(予定)
- ・ 実施場所:独立行政法人国立病院機構 愛媛医療センター(東温市横河原)
- ・ 体験職種:薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、児童指導員、保育士、事務総合職
- ・ 対象者:医療・福祉分野に関心のある高校2・3年生
- ・ 主催・運営:独立行政法人国立病院機構 愛媛医療センター

## ■ 同意事項(保護者の署名により下記事項に同意したものとみなします)

1. 医療機関での体験活動の性質上、十分な安全管理が行われますが、万が一の事故や体調不良などに備え、保険(学校・家庭など)に加入していることを確認のうえ参加させます。
2. 活動中の写真や動画が記録・広報・報告資料等に使用される場合があることを了承します。
3. 職場体験中は担当者の指示に従い、体験内容の秘密保持に努めます。
4. 不測の事態が発生した際、病院から緊急連絡先(保護者)へ連絡することを了承します。
5. 医療機器や患者情報等の取り扱いには十分配慮し、見学・体験範囲は病院側の指示に従うものとします。

## ■ 生徒情報(ご記入ください)

学校名 :

学年 :        年        組

氏名 :

生年月日:        年        月        日(        歳)

緊急連絡先: 保護者氏名

電話番号:

### ■ 保護者署名欄

上記内容に同意のうえ、参加を許可します。

保護者氏名(自署):

続柄:

署名日:        年        月        日