

## 実 施 要 項

1. テーマ           あなたが考える未来の病院 ～こんな病院があったらいいね～
  
2. 目 的           庄原赤十字病院が庄原市の総合的医療機関として、また赤十字病院としてその機能と役割を果たすうえでは、地域との連携を継続・強化していくことは必要不可欠であり、特に今後の地域を支えていく若年層に対し、病院・医療・健康について考える機会を提供することは、医療機関としてだけでなく社会の中の一企業としても重要なものである。  
本事業を通じて、小学生以下の世代に地域の病院、医療に関心を持ってもらうことで保健医療活動の普及・推進、将来の医療人材の確保等に資することを目的とする。
  
3. 作品の内容
  - (1) 用紙の大きさ           四つ切またはB3サイズ (36.4 cm×51.5 cm)
  - (2) 用紙の材質           指定はありませんが、破損しにくい厚手の紙をお願いします
  - (3) デザイン           特になし
  - (4) 色           数           指定なし
  
4. 応募資格  
庄原市内の小学校に通う児童  
庄原市内に居住する小学生
  
5. 応募方法
  - (1) 学校単位による応募  
作品の裏面に学校名、学年、名前（ふりがな）、作品の題名（作品の説明があればいっしょにお願いします）を記入したうえで、応募者一覧表（庄原赤十字病院ホームページよりダウンロード可）を添付して応募してください。
  - (2) 個人による応募  
作品の裏面に学校名、学年、住所、名前（ふりがな）、作品の題名（作品の説明があればいっしょにお願いします）を記入してください。
  
6. 応募期間  
平成30年8月1日（水）から平成30年9月30日（日）
  
7. 作品の送付先  
〒727-0013 庄原市西本町2丁目7-10 庄原赤十字病院 総務課 宛

## 8. 表 彰

- |                             |             |
|-----------------------------|-------------|
| (1) 最優秀賞（院長賞）               | 1名（表彰状＋記念品） |
| (2) 優秀賞（副院長賞×2・事務部長賞・看護部長賞） | 4名（表彰状＋記念品） |
| (3) 佳作                      | 5名（表彰状）     |
| (4) 参加賞                     | 応募者全員       |

## 9. その他

- (1) 応募作品は、表彰式・展示・当院ホームページ等にて作品・お名前・学校（または園）・学年（または年齢）を公表させていただきますので予めご了承願います。
- (2) 厳正な審査を行いますので、当院関係者の応募制限は致しません。
- (3) 作品応募に当たってご提供いただきました個人情報は、当院で責任をもって管理したうえで、コンクール運営上必要な入賞者へのご連絡・賞状や参加賞の発送等に利用いたします。また、そのほか個人情報の管理については庄原赤十字病院プライバシーポリシーに基づいて取り扱います。

## 10. お問い合わせ先

庄原赤十字病院 総務課 TEL 0824-72-3111