

平成29年度 **高校生**のサイエンスキャンプ

# 香川の医療系大学で学ぶ 生命科学の最前線

Bio 2017 in Kagawa

対象／高校生および  
参加生徒の保護者、  
高校の教員

参加費／無料

7/29日  
AM 9:30  
~PM 0:30

## 香川大学医学部

場所

香川大学医学部講義実習棟2階  
第4実習室  
〒761-0793  
香川県木田郡三木町大字池戸1750-1

テーマ

### ウイルスについて学ぼう!

ウイルスがヒトに病気を起こす仕組み  
や私達の体がウイルスを排除するメカニ  
ズムを簡単な実験を通して学びます。  
(担当:桑原教授)

#### ◆持ち物

参加同意書・健康問診票・筆記用具、  
飲料水など

#### ◆申込締切日

7月25日(火)午後5時

#### ◆募集人員

先着20名

#### ◆連絡先

香川大学医学部分子微生物学 桑原知巳  
メール:infect@med.kagawa-u.ac.jp  
(件名に「サイエンスキャンプ参加申込」と記載してください。)  
電話:087-891-2129

#### ◆アクセス

ことん高田駅からバス5分  
駐車場あり(無料)

※駐車券を取って入構してください。

8/9日  
AM 9:30  
~PM 3:00

## 徳島文理大学 香川キャンパス

場所

徳島文理大学香川キャンパス  
〒769-2193  
香川県さぬき市志度1314-1

テーマ

### 医療を支える機器と 神経の働きを知ろう

#### ▶保健福祉学部 臨床工学科

①医療機器に触れてみよう  
保健福祉学部 診療放射線学科

②画像診断を体験しよう  
香川薬学部 薬学科

③ナメクジの脳を解剖して  
脳波を測定してみよう

#### ◆持ち物

参加同意書、健康問診票、お弁当、  
筆記用具など

#### ◆申込締切日

8月25日(水)

#### ◆募集人員

先着20名

#### ◆連絡先

徳島文理大学香川キャンパス 教務部  
後藤田  
メール:goutouda@kgw.bunri-u.ac.jp  
電話:087-899-7598

#### ◆アクセス

JR志度駅または琴電志度駅から徒歩20分  
駐車場あり(無料)

8/26日  
AM 9:30  
~PM 3:30

## 香川県立 保健医療大学

場所

香川県立保健医療大学  
〒761-0123  
香川県高松市牟礼町原281-1

テーマ

### 検査と看護のサイエンス

#### ▶臨床検査コース

①身体の電気の動きを見てみよう  
(担当:和田准教授)  
②酵素パワーを測定してみよう  
(担当:多田准教授)

#### ▶看護コース

①皮膚を清潔にして”健康で快適な生活”  
を送ろう(担当:松村准教授)  
②高齢者の身体の状態を体験しよう  
(担当:平井助教)

#### ◆持ち物

参加同意書、健康問診票、筆記用具、  
色えんぴつ、お弁当  
服装:動きやすい服装

#### ◆申込締切日

8月10日(木)

#### ◆募集人員

各コース先着20名

#### ◆連絡先

香川県立保健医療大学 事務局 白川  
メール:hokeniryodaigaku@pref.kagawa.  
lg.jp  
電話:087-870-1212

#### ◆アクセス

琴電原駅から徒歩10分  
駐車場あり(無料)

主催／香川大学医学部・徳島文理大学香川薬学部・保健福祉学部、香川県立保健医療大学保健医療学部

後援／香川総合医療教育研究コンソーシアム

※いただいた個人情報は、本案件の実施以外には使用いたしません。

### 参加同意書(高校生用)

参加者氏名: \_\_\_\_\_

学 校 名: \_\_\_\_\_ 学年: \_\_\_\_\_

現 住 所: \_\_\_\_\_

緊急連絡用電話番号: \_\_\_\_\_

上記の者が香川大学医学部で開催される  
サイエンスキャンプに参加することに同意します。

保護者氏名: \_\_\_\_\_

### 参加同意書(高校生用)

参加者氏名: \_\_\_\_\_

学 校 名: \_\_\_\_\_ 学年: \_\_\_\_\_

現 住 所: \_\_\_\_\_

緊急連絡用電話番号: \_\_\_\_\_

上記の者が徳島文理大学香川キャンパスで開催される  
サイエンスキャンプに参加することに同意します。

保護者氏名: \_\_\_\_\_

### 参加同意書(高校生用)

参加者氏名: \_\_\_\_\_

参加コース: 臨床検査・看護 ※いずれかに○を付けて下さい。

学 校 名: \_\_\_\_\_ 学年: \_\_\_\_\_

現 住 所: \_\_\_\_\_

緊急連絡用電話番号: \_\_\_\_\_

上記の者が香川県立保健医療大学で開催される  
サイエンスキャンプに参加することに同意します。

保護者氏名: \_\_\_\_\_

### 健康問診票(参加者全員用)

薬品や動物に対するアレルギーなど、生物学の実習を行う上  
で健康上の不安についての質問です。該当しない方は「なし」と  
記入してご提出ください。

1.アレルギーはありますか?  
(ある場合はどのような薬品、動物にあるかご記入ください)

2.生物学の実習を行う上で、健康上の不安がありますか?  
はい(具体的に: \_\_\_\_\_) いいえ

参加者氏名: \_\_\_\_\_

### 健康問診票(参加者全員用)

薬品や動物に対するアレルギーなど、生物学の実習を行う上  
で健康上の不安についての質問です。該当しない方は「なし」と  
記入してご提出ください。

1.アレルギーはありますか?  
(ある場合はどのような薬品、動物にあるかご記入ください)

2.生物学の実習を行う上で、健康上の不安がありますか?  
はい(具体的に: \_\_\_\_\_) いいえ

参加者氏名: \_\_\_\_\_

### 健康問診票(参加者全員用)

薬品や動物に対するアレルギーなど、生物学の実習を行う上  
で健康上の不安についての質問です。該当しない方は「なし」と  
記入してご提出ください。

1.アレルギーはありますか?  
(ある場合はどのような薬品、動物にあるかご記入ください)

2.生物学の実習を行う上で、健康上の不安がありますか?  
はい(具体的に: \_\_\_\_\_) いいえ

参加者氏名: \_\_\_\_\_