

令和8年度 海外医療視察B研修団 研修計画書

＜期 間＞

令和9年1月17日(日)～1月22日(金)

6日間

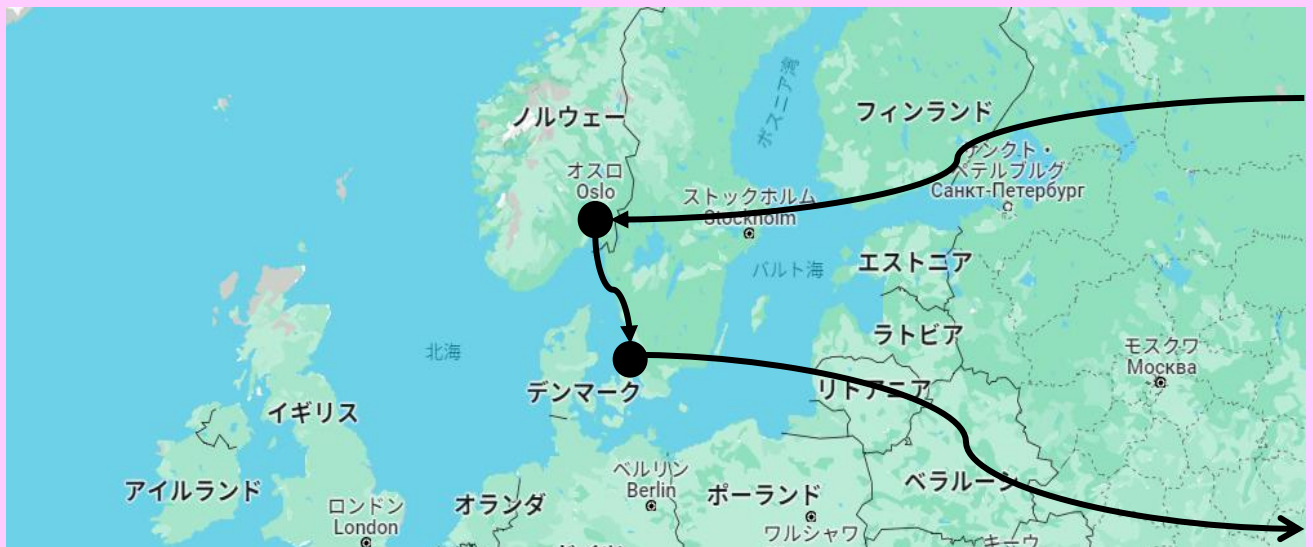
公益社団法人 全国自治体病院協議会

令和8年度 海外医療視察B研修団 研修計画書

- ① 訪問国 : ノルウェー、デンマーク
- ② 期間 : 令和9年1月17日(日)出発～1月22日(金)帰国
- ③ 経路 : 東京 ⇒ オスロ ⇒ コペンハーゲン ⇒ 東京
- ④ 視察目的 : 諸外国における病院医療の実態及び医療施設・設備の現状を視察し、相互に意見交換を行い病院医療の向上に寄与する。
- ⑤ 訪問病院 : 各地の特徴ある、医療水準の高い病院の見学を行う。
- ⑥ 諸経費 : お一人様 会員 ¥506,000 非会員 ¥509,000(参加者が15名以上の場合)
お一人様 会員 ¥602,000 非会員 ¥605,000(参加者が10～14名の場合)
お一人様 会員 ¥846,000 非会員 ¥849,000(参加者が5～9名の場合)
※ 一人部屋利用追加経費 ¥107,000
※ いづれの場合も、添乗員が同行いたします。
※ 空港施設使用料、海外空港諸税、燃油サーチャージ及び航空保険料は、旅行代金に含まれておりません。(合計 約141,720円/2026年6月現在)
- ⑦ 参加申込方法 : 各研修団への参加をご希望の場合、以下の手順でお申し込み下さい。
1. 「海外医療視察研修団参加希望届」に必要事項を記入し、参加希望届送付先にご郵送又はFAXして下さい。(控えとしてコピーを残してください)
 2. 締切日以降、全国自治体病院協議会より参加決定通知を、各研修団の旅行取扱会社より旅行参加申込書、旅行業約款、旅行条件書[研修費用に含まれるもの、含まれないもの・旅行取消し]ならびに『渡航手続きの案内』をお送りいたします。
旅行条件内容を熟読の上、旅行参加申込書を旅行取扱会社へご郵送ください。
旅行取扱会社が「旅行申込書」を受理した時点で正式な研修団申込みとなります。

※参加希望届締切日: 令和8年11月17日(火)

- ◆注意事項
- 1) 研修団の参加者が基準人員に達しない場合は、中止することがあります。
 - 2) 昨今、病院の視察受入が厳しくなっており病院視察が困難な場合は代替施設(高齢者施設等)となる場合があります。
 - 3) 航空会社の都合により、日程が変更されることがあります。
 - 4) 航空運賃の改定等により、旅行経費が変更されることがあります。
 - 5) 奇数人数のため1人部屋を利用する場合、1人部屋追加料金がかかります。



月日	発着地	時刻	交通機関	摘要	食事
2027年 1/17(日)	東 京 発 オ ス ロ 着	午前 夕方	航空機	空路、羽田空港又は成田空港発 ◀◀オスロ泊▶▶	機 夕
1/18(月)		午前	専用車	●オスロ大学病院視察(予定) 【Oslo University Hospital】 高度に専門化された病院であり、広範な地域および地方の病院業務を担当し、オスロ市民に質の高いサービスを提供している病院です。 スカンジナビア最大の病院であり、毎年120万人以上の患者を治療しています。  ◀◀オスロ泊▶▶	朝 昼 夕
1/19(火)	オ ス ロ 発 コペンハーゲン着	午前 昼	航空機	空路、コペンハーゲンへ向け出発 ◀◀コペンハーゲン泊▶▶	朝 昼 夕
1/20(水)		午前	専用車	●ヘレフ病院視察(予定)【Herlev Hospitali】 コペンハーゲン近郊のヘレフにある総合病院。 建物は25階建て、高さ120mで明るいコンクリート、ガラス、ブロンズ色のアルミニウムで構成されたモダンで機能的な建築。1965年に建設が始まり、1975年に完成。 開院は1976年。  ◀◀コペンハーゲン泊▶▶	朝 昼 夕
1/21(木)	コペンハーゲン発	午前	航空機	空路、日本へ向け出発、帰国の途に ◀◀機中泊▶▶	朝 機
1/22(金)	東 京 着	午前		成田空港又は羽田空港着後、解散	機

ご旅行総経費に含まれないもの

電信電話代、超過手荷物及びルームメイド等個人的性質の各種費用、成田空港集合に際する国内交通費用、個人に属する旅券印紙代及びこれに伴う諸費用、1人部屋追加費用、任意の旅行傷害保険等

お取り消し料: お客様のご都合により取り消しになる場合、お一人様につき下記の手数料をいただきます。

旅行契約成立後……………企画料金に相当する金額(旅行代金の 20%)
旅行開始日の30日前から3日前までに取り消した場合……旅行代金の 20%
旅行開始日の2日前から 前日までに取り消した場合……旅行代金の 50%
旅行開始当日、開始後のお取り消しの場合……………旅行代金の100%

規約事項: 旅行中の天災事変、火災、政府及び公共団体の命令、政変、ストライキ、戦争、暴動、流行病、隔離、誘拐、税関規則等不可抗力の事由により生じた損害、盗難、詐欺、暴行傷害等会社及び旅行社の責任外の事故による損害または参加者が諸法令、或いは公序良俗に反する行為のため生じた損害については責任を負うことはできません。尚、航空機、鉄道等の運輸機関の運賃変更、スケジュールの変更があった場合等は、経費、日程を変更する場合があります。

個人情報保護法に基づき、申込書に記載された個人情報について、お客様との連絡のために利用させていただくほか、お客様がお申込みいただいた旅行において、運送・宿泊機関等の提供するサービスの手配及びそれらサービスの受領のための手続きに必要な範囲内で利用させていただきます。

このほか当社では、(1)当社の商品やサービスのご案内、(2)旅行参加後のご意見やご感想の提供のお願い、(3)アンケートのお願い、(4)特典サービスの提供、(5)統計資料の作成にお客様の個人情報を利用させていただくことがあります。

海外医療視察B研修団 参加希望届

整理番号

下記の個人情報を全国自治体病院協議会が担当旅行取扱会社へ提供することに同意の上、
以下の研修への参加を希望します。

ふりがな 氏名			男 ・ 女
生年月日	西暦	年 月 日 (歳)	令和8年 4月 1日 現在
勤務先	施設名：		
	役職名：		
	住 所：〒 —		
	申込部署： 申込者氏名：		
	TEL：() — FAX：() —		
	電子メール： @		
参加希望者 ご自宅	住 所：〒 —		
	TEL：() — FAX：() —		
旅券	現在有効な旅券を持っている はい いいえ ※はい に○を付け方は、パスポートのコピーをこの参加希望届と一緒に 郵送又はFAXにてお送りください。		

複数名参加をご希望の場合、研修参加希望届はコピーしてご利用ください

※ 研修参加希望届の取消や変更は必ず文書にてご連絡ください

<参加希望届 提出先>

公益社団法人 全国自治体病院協議会 総務部総務課

郵 送 先：〒102-8556 東京都千代田区平河町2-7-5砂防会館本館7階

FAX送付先：03-3261-1845