

令和8年3月13日

郡市区等医師会長 様

一般社団法人 大阪府医師会  
会長 加納 康至  
(公印省略)

「令和8年度 大阪府全国高等学校総合体育大会」の医師派遣への協力について（周知依頼）  
《出務医師 再募集》

平素は本会事業に格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、2月5日付けでご周知をお願いしました標記大会の出務医師募集では、現在のところ11人の派遣が決定しましたが、出務医師が不足している日程もあり、再募集をすることになりました。つきましては、ご多忙のところ誠に恐縮に存じますが、再度、貴会会員へご周知いただき、標記大会の出務医師応募へのご協力を賜われれば幸甚に存じます。出務医師不足日程は下記をご確認ください。

なお、大会の日程や開催地が公表できる段階となりましたので、本会ホームページ（医師・医療関係者のみなさまへ＞認定健康スポーツ医＞救護所出務医師の募集について）にも出務医師募集について掲載しております。

記

〈ソフトボール〉

場所：セレッソスポーツパーク舞洲

〒554-0042 大阪府大阪市此花区北港緑地1丁目2-96

日時：令和8年7月27日(月)、29日(水) 各日1名

午前8時30分～午後5時15分

〈自転車競技〉

場所：ブッキースタジアム岸和田

〒596-0006 大阪府岸和田市春木若松町22-38

日時：(競技日)令和8年7月31日(金) 2名、8月1日(土) 1名

午前8時15分～午後6時15分（8月1日(土)は午後3時終了予定）

\* 自転車競技は、転倒など大きな怪我に繋がる可能性が高いため、応募者多数の場合は整形外科、救急科の先生を優先させていただきます。

\*\*\*次頁に続く\*\*\*

# 再募集

## ●募集期間

4月3日（金）締め切り。

## ●出務報償費について

6万円/1日（8時間）。超過した場合は7,500円/1時間。交通費（実費額）別途支給。上記より源泉所得税を差し引いた額を後日振込。

※試合の状況により、従事時間が当初予定より大幅に短縮された場合、報償費が依頼時より減額されることがあります。

その他、IDカード、役員用ポロシャツ、昼食支給。

## ●加入保険 ※外部秘にてお取り扱いください。

### <傷害補償保険>

対 象 参加中に被った事故による怪我、熱中症、心疾患、脳疾患

補償額 災害死亡・後遺障害補償 150,000,000円

入院療養補償（日額） 30,000円

通院療養補償（日額） 20,000円

### <賠償責任保険>

補償額 対人1事故 1億円 保険期間てん補限度額 3億円

## 出務医師の応募について

出務医師応募用紙に必要事項を記載の上、4月3日（金）までに、本会介護福祉課（担当：下野）あてにメール（[a-shimono@po.osaka.med.or.jp](mailto:a-shimono@po.osaka.med.or.jp)）にてお送りくださいますようお願い申し上げます。応募用紙はデータ入力の上、ファイル形式（Word）のままメールに添付してください（手書きでの受付不可）。応募用紙は大阪府医師会ホームページ（医師・医療関係者のみなさまへ>認定健康スポーツ医>救護所出務医師の募集について）からダウンロードできます。

お申し込みが多数となりました場合は、日本医師会認定健康スポーツ医の資格を有する方を優先し、大会実行委員会事務局と協議の上で決定させていただきます。出務の可否につきましては、4月10日（金）までに、お申し込みいただいた先生方に本会から直接ご連絡（郵送）申し上げる予定ですが、後日、大会実行委員会事務局より各出務医師へ依頼状が直接送付されますので、ご承知おきください。また、お電話でもご連絡がある場合がございます。

### 《事務局》

大阪府医師会 介護福祉課（下野）

TEL：06-6763-7002

FAX：06-6765-3737

E-mail：[a-shimono@po.osaka.med.or.jp](mailto:a-shimono@po.osaka.med.or.jp)

大阪府医師会介護福祉課行メール: a-shimono@po.osaka.med.or.jp

**出務医師応募用紙 申込締切：令和8年4月3日(金)まで**

「令和8年度 大阪府全国高等学校総合体育大会」

《再募集》

|            |       |    |       |
|------------|-------|----|-------|
| お名前（ふりがな）  |       |    |       |
| 生年月日（西暦）   | 年 月 日 | 性別 | 男 ・ 女 |
| 住所（医療機関）   | 〒     |    |       |
| 連絡先（医療機関）  |       |    |       |
| 住所（ご自宅）    | 〒     |    |       |
| 当日連絡がつく連絡先 |       |    |       |
| メールアドレス    |       |    |       |
| 主な標榜科目     |       |    |       |

< 出務可能なお日にちに○をお付けください（複数可） >

| <b>ソフトボール</b><br>8:30~17:15（実働8時間） |  | <b>自転車競技</b><br>（競技日）<br>8:15~18:15（実働9時間）<br>※8/1（土）は15:00終了予定 |  |
|------------------------------------|--|---|--|
| 7/27（月）                            |  | 7/31（金）   |  |
| 7/29（水）                            |  | 8/1（土）  |  |

※応募用紙はデータ入力の上、ファイル形式（Word）のままお送りください。