

手稻溪仁会病院 緩和ケア研修会

日時

令和元年 **12** 月 **7** 日(土)

9:00~17:30 (予定)

場所

手稻溪仁会病院 溪仁会ビル 2 階
会議室 201~204

プログラム

- ・e-learning の復習・質問
- ・コミュニケーション (ロールプレイ)
- ・事例検討 (グループワーク)
- ・地域連携と療養の場の選択 (グループワーク)
- ・がん患者への支援

* 本研修の参加には『e-learning』を修了している必要があります。

研修申込時点で修了していない方は、必ず **11月22日**までに修了してください。

『e-learning』を修了していない場合、研修会に参加できません

のでご注意ください。

手稻溪仁会病院 緩和ケア研修会 受講申込書

申し込み先: 事務局担当 行

FAX: (011) 685-2954

定員

50 名

がん等の診療に携わる医療従事者

(定員となり次第、締め切らせて頂きます)

費用

1,500 円

(昼食・資料代)

申し込み方法

受講申込書を下記に FAX して下さい。

受講申込書が届きましたら、受講について改めてご連絡させていただきます。

申し込み締め切り:

11月8日(金)

問い合わせ先

手稻溪仁会病院
オンコロジーセンター
事務局

担当: 星野・澤田

TEL:

(011) 685-2976

FAX:

(011) 685-2954

手稲溪仁会病院 緩和ケア研修会 受講申込書

申込先：手稲溪仁会病院 オンコロジーセンター 行 FAX 番号：(011) 685-2954

申込期限：11月8日(金)

令和 年 月 日 記載

(フリガナ) 氏名			年齢
			歳
勤務先			
勤務先の所在地	〒		
電話番号			
FAX 番号			
E-mail			
職種 従事年数	医師 ・ 歯科医師 ・ その他 () (従事年数) 年		
医籍登録番号			
専門領域			
がん診療・専門的緩和ケア 経験年数	(がん診療) 年 (専門的緩和ケア) 年		
がん患者に対する 麻薬使用経験	有 ・ 無		
ロールプレイの経験	有 ・ 無		
研修会終了後、厚生労働省 HP への氏名・所属公開の可 否 (医師・歯科医師のみ)	可 ・ 否		
e-learning 受講状況	修了済	* 修了証書を本書と一緒に FAX してください。	
	修了未	受講者 ID ()	必ず <u>11/22</u> までに修了し、研修会までに修了証書を FAX して下さい。