

平成25年度 岐阜県東濃地域緩和ケア研修会 募集要項

- 1 緩和ケア研修会の名称
平成25年度岐阜県東濃地域緩和ケア研修会
- 2 主催者
岐阜県立多治見病院
- 3 開催日及び開催地
(1) 開催日：平成25年9月7日(土)14:00～18:50
9月8日(日)08:50～18:40
(実質的な研修時間：12時間)
(2) 開催地：岐阜県多治見市前畑町 5-161
岐阜県立多治見病院 中央診療棟 3階講堂
- 4 緩和ケア研修会の実施担当者
(1) 研修会主催責任者：岐阜県立多治見病院院長 原田明生
(2) 研修会企画責任者：岐阜県立多治見病院 緩和ケア内科部長 伊藤浩明
- 5 参加者
緩和ケア研修を希望される病院・診療所の医師(定員24名)
- 6 参加料 無料
- 7 申込期限 平成25年7月12日(金)
- 8 申込み方法
別添の参加申込書に記入の上、FAX・メール(申込書要添付)にてお申し込み下さい。
- 9 受講者の決定
受講決定者には、後日FAX・メールにてご連絡をいたします。
受講者の決定は先着順とし、定員に達した場合は、募集を締め切らせていただきますのでご了承下さい。
- 10 備考
 - ・ 当日は、ラフな服装でおいでください。
 - ・ 宿泊を希望される方は、申し訳ありませんが各自でご手配ください。
 - ・ 9/8(日)の昼食は、当院にて準備させていただきます。
 - ・ 2日間にわたり、有料外来駐車場を利用される場合は、無料チケットを配布します。

平成25年度岐阜県東濃地域緩和ケア研修会参加申込書

ふりがな：_____

氏名：_____

※厚労省からの修了証に使用しますので楷書でお書き下さい。

年 齢：_____

郵便番号：_____

住所(施設・自宅)：_____

医師免許証 (_____ 医籍番号 _____)

電話番号：_____

F A X：_____

E-mail：_____

受付確認の希望連絡方法： 郵送 ・ FAX ・ E-mail

(いずれかに○をお願いします。)

施設名・所属：_____

役職：_____

臨床経験：_____ 年 緩和医療経験：_____ 年

研修終了後厚労省 HP での氏名公開： 可 ・ 不可

問い合わせ先：岐阜県立多治見病院 地域医療連携センター 担当 棚村

〒507-8522 岐阜県多治見市前畑町 5-161

TEL：0572-22-5311(内線 2485)

FAX：0572-25-1246

E-mail：info@tajimi-hospital.jp

* 上記項目を記載の上、郵送、F A X、メールのいずれかでお申し込みください。

お申し込み後、速やかに受付確認のご連絡をさしあげることとしておりますが、もしも1週間以内に連絡がない場合には、申し訳ございませんが担当者までお問い合わせいただきますようお願い申し上げます。