

平成 27 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 27 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 27 年 7 月 4 日(土) 13:30～19:30

7 月 5 日(日) 9:00～19:00

(実質的な研修時間：14 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 27 年 6 月 17 日(水)

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。
- ・ 7/5(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 27 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で使用するので楷書でご記入ください。

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: _____

FAX: _____

E-mail: _____

受付確認の希望連絡方法: 郵送 ・ FAX ・ E-mail
(いづれかに○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

E-mail: _____

研修終了後厚労省 HP での氏名公開: 可 ・ 不可

連絡先: 岐阜県立多治見病院 地域医療連携センター 担当 小栗

〒507-8522 岐阜県多治見市前畑町 5-161

TEL: 0572-22-5311(内線 2485)

FAX: 0572-22-7948

E-mail: murase-maiko@tajimi-hospital.jp

- * 上記項目をご記入の上、郵送、FAX、メールのいずれかでお申込みください。
お申込後、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、1 週間以内に連絡がない場合には、担当までお問い合わせください。