

令和元年度 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

令和元年度 岐阜県東濃地域緩和ケア研修会

2 主催者

地方独立行政法人 岐阜県立多治見病院

3 開催日及び開催地

(1) 開催日：令和2年3月1日（日） 9:30~17:30

（実質的な研修時間：6時間45分）

(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 近藤 泰三

(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

がん診療に携わる医師、看護師、歯科衛生士、薬剤師、臨床検査技師、放射線技師、管理栄養士、MSW、理学療法士、作業療法士、ケアマネジャー等

6 参加費 無料

7 申込期限 令和2年1月31日（金）必着

8 申込み方法

受講には事前に厚生労働省がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会 e-learning の修了が必要ですが、受講枠確保のためまずは申込用紙（別紙）にご記入の上、お申込みいただいても結構です。

e-learning の修了証は応募締切の令和2年1月31日（金）までにご提出をお願いします。締切日までに e-learning を修了していない場合は受講できません。

<https://peace.study.jp/pcontents/top/1/index.html>

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（白衣での参加はご遠慮ください）
- 昼食は、当院にて準備させていただきます。
- 当日のアンケート回答には、e-learning 申込時の ID、パスワードが必要ですので忘れずにお持ちください。また、スマートフォンかタブレットもご持参ください。

令和元年度 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: _____

※厚生労働省からの修了証で使用します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 _____

(いずれかに○をお願いします)

施設名・所属: _____

役職: _____

臨床経験: _____ 年 (うち、緩和医療経験 : _____ 年)

e-learning研修修了証明書 : ID _____

(e-learning を修了していない方は、令和 2 年1月 31 日(応募締切日)までに必ずご提出ください。締切日までに修了していない場合は受講できません。)

【申込・連絡先】 岐阜県立多治見病院 がん診療連携センター 担当:大蔵・林
〒507-8522 岐阜県多治見市前畑町 5-161
TEL: 0572-22-5311(内線 3818)
FAX: 0572-25-7513(直通)
E-mail: ganshinryo@tajimi-hospital.jp

* 上記項目を全てご記入の上、郵送・FAX・メールのいずれかでお申込みください。