

さんむ医療センター
がん診療に携わる医師・医療従事者のための
千葉県緩和ケア研修会
開催のご案内

平成27年

11月21日(土) 22日(日)



- 日時: 平成27年11月21日(土)9:30~17:45(予定)
平成27年11月22日(日)9:30~17:40(予定)
- 場所: さんむ医療センター 南棟6階大会議室
〒289-1326 千葉県山武市成東167
- 対象者: がん診療に携わる医師等医療従事者
- 定員: 40名
- 参加費: 無料(ただし昼食・茶菓代として1日1,000円を当日徴収させていただきます)
- 申込締切: 平成27年11月6日(金)
- 申込方法: 当院ホームページより申込用紙をダウンロードしていただき、ご記入の上、下記へFAXにてお申し込みください。

お申込み・お問い合わせ
さんむ医療センター 地域医療連携室
TEL 0475-82-2521(代) FAX 0475-80-1738(直通)

全てのプログラムを修了された医師には、厚生労働省健康局長より修了証が授与されます。

千葉県緩和ケア研修会申込書

病院名(施設名)			
部署		職名	
専門分野(経験年数)	(年)	医籍登録番号 医籍登録年	第 号 昭和・平成 年
職種※	医師 ・ 薬剤師 ・ 看護師 ・ その他()		
ふりがな			
氏名 (医師・歯科医師の方の場合、氏名は必ず医籍登録されている氏名・字体で記載をお願いします)			
連絡先			
TEL	()		
FAX	()		
E-mail			
修了証送付先住所	〒 -		
研修会終了後、国及び千葉県が貴殿の氏名及び所属を公開することについて御承諾いただけますか。※	<input type="checkbox"/> 承諾します <input type="checkbox"/> 承諾しません		
参加希望研修会場			
参加希望課程※ <small>注意・受講はできるだけ、A課程・B課程同時、またはA課程の後にB課程を受けるようお願いします。</small>	1. <u>研修課程A・B両方</u> 2. <u>研修課程Aのみ</u> ⇒研修課程Bを受講済みの場合 受講年月日(平成 年 月 日) 受講場所() 3. <u>研修課程Bのみ</u> ⇒研修課程Aを受講済みの場合 受講年月日(平成 年 月 日) 受講場所()		
医師会員または病院薬剤師会員の方のみ御記入ください。 日本医師会または病院薬剤師会が行っている生涯教育制度の単位認定を希望しますか。※	<input type="checkbox"/> 希望します <input type="checkbox"/> 希望しません		

※の箇所は、該当するものに○印をお願いします。

記入後、さんむ医療センター地域医療連携室までFAXお願いします。

◀ FAX 0475-80-1738 ▶