

平成28年度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 緩和ケア研修会 開催のご案内

11月19日（土）20日（日）2日間

「緩和ケア研修会」では、緩和ケアの基本を修得することができます。
全てのプログラムを修了された医師には厚生労働省の発行する修了
証書が授与されます。

- | | |
|------|---------------------------------------------------------|
| 日 時 | 平成28年11月19日（土）9：00～17：45（予定）
11月20日（日）9：00～17：30（予定） |
| 会 場 | 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 | すべてのがん診療に携わる医師及び看護師、薬剤師等の医療従事者 |
| 募集人員 | 40名 |
| 参加費 | 無料（弁当・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） |
| 受付期間 | 平成28年9月16日～平成28年11月4日
※定員に達し次第締め切らせていただきます |
| 申込方法 | 申込用紙にご記入のうえ、下記へFAXにてお申し込みください。 |

お申し込み・お問い合わせ
さんむ医療センター 地域医療連携室
TEL0475-82-2521(代) FAX0475-80-1738

千葉県緩和ケア研修会申込書

病院名(施設名)			
所属診療科		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。※	・承諾します ・承諾しません		
参加希望研修会場	さんむ医療センター		
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。※	・希望します ・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をお願いします。