

社会福祉法人^{恩賜財団}済生会川内病院 緩和ケア研修会参加申込書

(共催：出水郡医師会広域医療センター)

(院長 嵯山 敏男 宛 FAX 0996-23-9797) 記入日 年 月 日

フリガナ				性 別
氏 名	(修了証書に印刷しますので、楷書で大きく正確にご記入ください。)			☐ 男 ☐ 女
所属先			役職名	
職 種	☐ 医師 (主たる診療科：) ☐ 歯科医師 ☐ 看護師 ☐ 薬剤師 ☐ PT ☐ OT ☐ ST ☐ MSW ☐ その他 ()			
医籍登録番号・歯科医師登録番号		※医師・歯科医師のみ記入		
上記職種の経験年数	() 年	緩和ケア経験年数	() 年	
勤務先住所	〒			
勤務先電話番号			勤務先 FAX 番号	
連絡用 E-mail				
緊急連絡先 (携帯電話番号等)				
同一施設からの複数申し込みの場合の施設内優先順位		() 番目 / () 人中		
修了者として氏名及び所属を公開することの同意		☐ 可 ☐ 不可 (※ 医師のみ記載)		
e-learning 受講者 ID	(e-learning 受講者新規登録時の ID を必ず記載してください。)			
8月17日(日) 昼食 (1,000 円)	☐ 要 ☐ 不要			

※FAX・郵送・E-mailにてお申し込み下さい。(鑑文不要です)

全項目、記入漏れのないようにお願いします。記入漏れがあると、研修会の参加や修了証書の発行に支障をきたす場合があります。

※申込み・お問い合わせ先

済生会川内病院 緩和ケア認定看護師 古川 いづみ・松岡 綾美、医療連携室 野間口 男志

〒895-0074 薩摩川内市原田町2番46号 TEL 0996-23-5221 FAX 0996-23-9797

E-mail nomaguchi@saiseikai-sendai.jp

◎以下は、研修会におけるグループ分けの参考にさせていただきます。

1. がん患者さんの診療・ケアをすることがありますか？ ⇒ ☐ よくする ☐ 時々する ☐ めったにない
2. 医療用麻薬の処方や取り扱いをすることがありますか？ ⇒ ☐ よくする ☐ 時々する ☐ めったにない
3. これまでに、がん患者さん(ご家族を含む)の診療や対応に困ったことや、今回の研修会で学びたいことがありましたら、お書きください。