

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のための

緩和ケア研修会 参加者募集

●主催 日本医科大学千葉北総病院

11月**12**日(土)**13**日(日) **2**日間

会場: 日本医科大学千葉北総病院 2F 大会議室

「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。

がん疼痛などの身体症状と精神症状に対する緩和ケア、

コミュニケーションの知識、技能、態度を学び、実践できるように、講義、
ワークショップ、ロールプレイ等のプログラムが組まれています。

修了し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。皆様ぜひご

参加ください。

日 時: 平成28年 11月12日(土) 8:30~18:00
11月13日(日) 8:30~17:30

会 場: 日本医科大学千葉北総病院 2F 大会議室
〒270-1694 千葉県印西市鎌苅1715
TEL 0476-99-2057

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

受付期間: 平成28年9月12日~平成28年10月28日
※定員に達し次第締め切らせていただきます

参加費: 無料(弁当・茶菓代として各日1,000円を当日徴収させていただきます)

申込方法: 申込用紙にご記入のうえ、下記へFAXまたはE-mailでお申し込みください

●お申し込み・お問い合わせ●

日本医科大学千葉北総病院 がん相談支援センター
TEL 0476-99-2057 FAX 0476-99-0608 E-mail hokusou-renkei@nms.ac.jp

PEACE

Palliative care Emphasis program on symptom management and
Assessment for Continuous medical Education



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。※	<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	日本医科大学千葉北総病院		
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. 研修課程A・B両方 2. 研修課程Aのみ ⇒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. 研修課程Bのみ ⇒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、参加希望研修会主催者まで郵送、FAXまたはメールをお願いします。