

送信先:十和田市立中央病院 地域医療連携室 行

FAX No. 0176-21-1234

6/30(木)までにお申し込みください。

平成28年度

「十和田市立中央病院 緩和ケア研修会」 参加申込書

ふりがな 氏 名			性別	男・女
生年月日	T・S・H 年 月 日 (満 歳)			
職 種	医師 看護師 薬剤師 理学療法士 作業療法士 管理栄養士 臨床心理士 MSW その他()			
	経 験 年 数 年			
	(うち がん診療経験年数: 年)			
	(うち 緩和ケア経験年数: 年)			
	(うち オピオイド処方に関する経験: 有・無)			
	医 籍 登 録 番 号	この欄は医師の方のみご記入ください。		
勤 務 先	名 称		病棟・科	
			役職	
	〒 - 住 所 電話 - -			
個人連絡先	〒 - 住 所 電話(携帯等の緊急連絡先) - -			
	希望連絡先 勤務先・個人連絡先			
参加希望日 希望の研修に を つけてください。	A 研修:7月23日(土) 及び B 研修 7月24日(日)の両方を受講			
	A 研修:7月23日(土) のみ受講 本年度のB研修受講済みの場合はその病院名を記入[]			
	B 研修:7月24日(日) のみ受講 本年度のA研修受講済みの場合はその病院名を記入[]			
ワークショップ形式の研修会参加の経験		有 ・ 無		
ロ ー ル プ レ イ の 経 験		有 ・ 無		
研修会修了者名の公表 (必ずご記入ください) 氏名・所属・所属科の公表についてご同意いただく必要が あります。右欄へ☑をお願いいたします。		公表について同意します 公表について同意しません		

研修期間中は、原則として途中退席は認められませんのでご注意ください。

(研修修了に必要な単位を与えることができません)