

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

※6/8(木)までにお申し込みください。

平成29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		
	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	○を付けてください 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1日(土) 及び B 研修 7月2日(日)の両方を受講			
	A 研修:7月1日(土) のみ受講 ※昨年度又は本年度に B 研修受講済みの場合はその病院名を記入 []			
	B 研修:7月2日(日) のみ受講 ※昨年度又は本年度に 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)