

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

(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。)			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
所属先			役職名	
職種	<input type="checkbox"/> 医師 (主たる診療科:) <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> MSW <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 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 を記載してください。)			
8月23日(日) 昼食 (1,000円)	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要			

※7月31日(金)までに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。