社会福祉法人済生会川内病院　緩和ケア研修会参加申込書

別紙様式

（院長 嵜山 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。） | | | | | | | | | | |
| 7月28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。記入漏れがありますと、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。