

平成28年8月26日

各 位

独立行政法人国立病院機構  
静岡医療センター院長

がん緩和ケア研修会開催のご案内

当センターでは、厚生労働省の開催指針に沿った標記研修会を下記のとおり開催いたしますので、多数参加いただきますようお願い申し上げます。

記

日 時 平成28年10月9日（日）～10日（月）（体育の日）  
両日とも9時～（遅刻厳禁）  
場 所 静岡医療センター4階 地域医療研修室  
参加費 無 料  
対象者 がん診療に携わる医師・看護師・コメディカル  
申込〆切 定員24名（定員になり次第締め切ります）  
その他 昼食は各自持参又は院内売店及び食堂を利用願います。

※すべてのプログラムを修了すると、医師は、厚生労働省より、医師以外は、静岡県より修了証書が授与されます。（遅刻、途中退室の場合は、授与されません）

なお、申込後、参加が難しくなった場合には、直ちにご連絡をください。

問い合わせ先 〒411-8611 駿東郡清水町長沢 762-1  
独立行政法人国立病院機構  
静岡医療センター  
地域医療連携室 加藤

TEL（代表）055-975-2000

FAX 055-975-1999

# 参加申込用紙

研 修 名     がん緩和ケア研修会

日     時     平成28年10月9日（日）～10（月）（体育の日）

申 込 事 項

医療機関名     \_\_\_\_\_

住     所     \_\_\_\_\_

電 話 番 号     \_\_\_\_\_

（ふりがな）  
氏     名     \_\_\_\_\_

生 年 月 日     \_\_\_\_\_

職     種     • 医     師     医籍番号\_\_\_\_\_  
                  • 看   護   師  
                  • 薬   剤   師  
                  • そ の 他     \_\_\_\_\_

該当職種を○で囲んで下さい。

※医師の方は医籍番号の記載もお願いいたします。

経 験 年 数     \_\_\_\_\_ 年

参加希望者は、静岡医療センター地域連携室 加藤まで提出願います。

申込〆切     平成28年9月9日（金）（定員になり次第〆切）

FAX           055-975-1999