

事務連絡  
平成29年9月1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、多数ご参加いただきますようお願い申し上げます。

記

- 日時 平成29年10月8日（日）～9日（月・祝）  
9時～18時を予定
- 場所 静岡医療センター本館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ご利用ください。

※すべてのプログラムを修了すると、医師は厚生労働省から、医師以外は静岡県より修了証書が授与されます。（遅刻、途中退室等で研修を欠席した場合は授与されませんのご注意ください）

なお、申込後に参加できなくなった場合は、速やかにご連絡ください。

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 杉野

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29年10月8日（日）～9日（月・祝）

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します。

その他の職種の方は職名の記載をお願いします。

経 験 年 数     \_\_\_\_\_ 年

参加希望者は、静岡医療センター地域医療連携室 杉野までご提出ください。

申込締切     平成29年9月13日（水）

（定員になり次第締め切りますのでお早目にお申込みください）

FAX送信先   055-975-1999