事務連絡

平成３０年８月２７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３０年１０月７日（日）～８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、歯科医師、看護師、コメディカル職員

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、医師及び歯科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３０年１０月７日（日）～８日（月・祝）

申込事項

医療機関名

　　　　申込者住所

電話番号

　　　　（ふりがな）

氏名

生年月日 昭和・平成　　年　　月　　日

職　　　種 ・医　　　師　　医籍番号

　　　　　　　　　　　　　 ・歯科医師　　歯科医籍番号

・看　護　師

・薬 剤 師

・そ の 他

該当職種を○で囲んで下さい。

　　　　　　　※医師及び歯科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３０年９月１２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