緩和ケア研修会に関するご連絡

緩和ケア研修会への参加を希望される方は，下記の事項に御留意の上，別紙「県立大島病院緩和ケア研修会参加申込書」を，**令和６年１月９日（火）まで**に，県立大島病院経営課 横道までＦＡＸにより提出をお願いいたします。（ＦＡＸ番号　0997-52-9957）

記

１　研修会に関する注意事項

⑴　**研修会までにe-learningを修了する必要があります。**

「がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会 e-learning」のWebサイトでのe-learningを修了し，「e-learning修了証書」の交付を受けなければ，研修会に参加することができません。

なお，参加申込書には「e-learning受講者ID」を記入していただきますので，事前にe-learningのWebサイト（https://peace.study.jp/pcontents/top/1/index.html）【top/と/indexの間は数字の「１」】で受講者登録を行い受講者IDを取得してください。

※ e-learning学習時間の目安は，12科目で６時間程度となっています。

> e-learning修了証書は令和６年２月５日（月）までに，
> 県立大島病院経営課 横道　までＦＡＸにより提出をお願いいたします。
>
> （修了証書をＦＡＸされる際は，上部余白に「大島病院　経営課　横道あて」とご記入ください。送信票は必要ございません。）

⑵　**修了証書の交付には，全日程の参加が必要です。**

当研修会は単位制ではありませんので，全日程（e-learning，集合研修及びポストアンケート）を修了されないと，修了証書を交付することはできません。

２　研修会参加費

無料

３　その他

ご希望の方には，昼食用のお弁当（お茶付き）を準備いたします。

代金は1,000円で，当日，受付の際に集金いたします。

４　担当者

県立大島病院 経営課　横道（0997）52-3611　内線　3325【集合研修事務担当者】

県立大島病院 緩和ケア研修会 参加申込書

ふりがな
氏　　名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（□男・□女）　年齢：＿＿＿＿
※修了証書に記載しますので，楷書で大きく，正確に記入してください。

e-learning受講者ＩＤ：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
※e-learningのWebサイトで取得した受講者IDを記入してください。

所 属 名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所属住所：〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所属電話番号：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　所属FAX番号：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

職　　種：□医師　□看護師　□薬剤師　□ＭＳＷ　□その他（　　）

役 職 名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　診療科：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医籍・歯科医籍登録番号：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

臨床経験年数：＿＿＿＿年　緩和医療経験年数：＿＿＿＿年

修了者として氏名及び所属・所属科を公開することの同意：□可　□否
※医師のみ記入してください。

Ｅ-mail：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

緊急時連絡先（携帯電話番号等）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

修了証書送付住所：〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
※所属以外への送付を希望される場合のみ記入してください。

昼食希望の有無：□必要　□不要
※昼食代金（1,000円）は，当日，受付で集金いたします。

※　**令和６年１月９日（火）までに郵送又はＦＡＸにてお申し込みください。**
※　問合せ先
鹿児島県立大島病院　経営課　横道（集合研修事務担当者）
〒894-0015　鹿児島県奄美市名瀬真名津町18-1
TEL (0997)52-3611　FAX (0997)52-9957
E-mail　ohp-hos-keiei@pref.kagoshima.lg.jp