

(別添 2)

緩和ケア研修会参加申込の御案内

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「県立薩南病院緩和ケア研修会参加申込書」により令和6年11月8日(金)までに郵送、FAX、メールのいずれかの方法でお申し込みください。

記

1 研修会参加申込みについて

- (1) 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。

参加申込書に、「e-learning 受講者 ID」を記載する欄がありますので、e-learning の Web サイト (<https://peace.study.jp/rpv/>) 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。

- (2) 修了証の交付には、全日程の参加が必要です。

この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を交付することができません。

予め、患者様の急変等不測の事態に備えて御参加くださるようお願いいたします。

- (3) 申込者多数の際は、抽選により受講者を決定させていただきます。

- (4) 医師・歯科医師の皆様は、厚生労働省への研修会終了報告の際、氏名及び所属・所属科を公開することについての本人の同意の可否の報告が義務付けられておりますので、公開の可否を必ず記入してください。

2 その他

昼食については、お弁当 (飲み物付き) を御用意します。代金・申込方法などの詳細は受講決定後にお知らせいたします。

※ 御不明の点は遠慮なくお問い合わせください。

問合せ先 鹿児島県立薩南病院 院長 三枝 伸二
経営課 堂原 歌乃

〒897-0001 鹿児島県南さつま市加世田村原四丁目 11 番

TEL 0993-53-5300 FAX 0993-53-6764

e-mail sat-hos@pref.kagoshima.lg.jp

県立薩南病院 緩和ケア研修会 参加申込書

【受講者】

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。

* 職種： 医師 看護師 薬剤師 MSW その他 (_____)

* 医籍登録番号： _____

* 臨床経験年数： _____ 年 緩和医療経験年数： _____ 年
※グループ分け等の参考とします。

* 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

e-mail： _____

緊急時連絡先： _____
(携帯電話番号等)

送付先住所： 〒 _____
※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。

【所属】

* 名称： _____

役職： _____ 診療科： _____

* 住所： 〒 _____

* 電話： _____ F A X： _____

* 同一施設から複数申し込む場合の施設内優先順位 (_____ / _____)

※ *印は必ず御記入ください。

※ 令和6年11月8日(金)までに郵送、FAX又はメールにてお申し込みください。

※ 問合せ先 鹿児島県立薩南病院 院長 三枝 伸二
経営課 堂原 歌乃
〒897-0001 鹿児島県南さつま市加世田村原四丁目11番
TEL 0993-53-5300 FAX 0993-53-6764
e-mail sat-hos@pref.kagoshima.lg.jp