

第5回 沖縄県緩和ケア研修会 2017

日程

A 日程 : 9 月 10 日 (日) 8:30~18:00

B 日程 : 9 月 17 日 (日) 8:30~17:50

※A 日程を修了後、1 年以内に別の病院で行う研修会で、B 日程を受講することもできます。
但し、A 日程終了後 1 年以内に B 日程を受講しなければ、修了書は発行されません。

場所

那覇市立病院 3 階講堂

那覇市古島 2-31-1 TEL : 098-884-5111

対象者

がん診療に関わる医師 40 名程度

※薬剤師・看護師の方も受講および聴講できます。

薬剤師・看護師は先着 5 名まで受講可能。ただし、医師からの応募が多い場合は定員を締め切らせていただきます。また、基本的に医師を対象とした研修のため厚生労働省からの修了書はお出しできません。代わりに、県知事名で修了書が交付されます。ご了承ください。

研修内容

講義、ワークショップ、ロールプレイ等

(がん性疼痛等の身体症状および精神症状に対する緩和ケア、コミュニケーション)

申込締切

2017 年 8 月 31 日 (木)

別紙申込用紙にてお申し込みください。

参加費

無料

申込・お問い合わせ先

那覇市立病院 がん診療連携室 (仲尾次 内線 283)

TEL : 098-884-5111 FAX : 098-887-3599 E-mail : ca-link@nch.naha.okinawa.jp

主催 : 地方独立行政法人那覇市立病院

「第5回沖縄県緩和ケア研修会 2017 参加申込書」

申込先：那覇市立病院 がん診療連携室 宛

FAX : 098-887-3599

申込日	平成 29 年 月 日 〆切日：平成 29 年 8 月 31 日 (木)		
病院名 (施設名)			
部署 (科名)		職名 (役職)	
専門分野		医師免許取得年	
臨床経験	年	緩和医療経験	年
職種	医師 ・ 薬剤師 ・ 看護師 ・ その他 ()		
ふりがな			
氏名 (氏名は必ず医籍登録されている氏名・字体で記載をお願いします)			
医籍登録番号 (医師のみ)			
連 絡 先			
TEL	-	-	
FAX	-	-	
E-mail			
修了証送付先住所	勤務先病院へ送付致します。		
(がん診療連携拠点病院等に勤務している方以外へ) ※研修会終了後、国及び沖縄県が貴殿の氏名及び所属を公開することについて御承諾いただけますか。	<p>・承諾します ・承諾しません</p> <p>※がん診療連携拠点病院等(琉大・県立中部・那覇市立・北部地区医師会・県立宮古・県立八重山)に勤務している方は、がん診療連携拠点病院等としての義務のため、公開します。</p>		
参加希望日程 ※当てはまるのみに○をつけてください	<p>1. 研修日程 A・B 両方</p> <p>2. 研修日程 A のみ</p> <p>3. 研修日程 B のみ (研修日程 A の取得年月日： 年 月 日)</p> <p>※研修日程 B については研修日程 A の事前の単位取得が受講条件です。</p>		

お弁当注文希望・・・1食 500円・お茶付き

注文する { 9月10日(日) ・ 9月17日(日) } 注文しない

那覇市立病院がん診療連携室 仲尾次 (内線 283) 行き