

主催：社会医療法人 友愛会 豊見城中央病院・南部病院

# 緩和ケア研修会

## 参加者募集のご案内

日時	場所
<p>【研修会1日目】</p> <p>◆ 平成29年11月4日(土曜日)</p> <p>9:30 ~ 19:10</p> <p>【研修2日目】</p> <p>◆ 平成29年11月25日(土曜日)</p> <p>9:30 ~ 17:35</p>	<p>◆ 豊見城中央病院 5F多目的ホール</p> <p>住所：沖縄県豊見城市上田25番地</p> <p>TEL：098-850-3811</p>

- 対象：がん診療に携わる医師及び研修医  
看護師・薬剤師等医師以外の医療従事者
- 定員：30名
- 申込締切：平成29年10月16日(月) ※定員に達し次第、締め切らせていただきます
- 申込方法：申込用紙にご記入の上、下記へFAXでお申込みください
- 連絡先：豊見城中央病院 屋宜(がん情報センター)  
TEL 098-850-3811 FAX 098-850-3810
- 受講料：無料 (但しお弁当をご希望の方は、お弁当代を頂きます。)

## 沖縄県緩和ケア研修会申込書

病院名（施設名）			
部 署		職 名	
専門分野（経験年数）	( 年 )	医師免許取得年	
※ 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）			
<b>連 絡 先</b>			
T E L			
F A X			
E - M a i l			
修了証送付先住所	〒		
※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。	承諾します ・ 承諾しません		
参加希望研修会名	沖縄県緩和ケア研修会2017		
※ 参加希望課程	1. 研修課程A (H29.11.4)のみ 2. 研修課程B (H29.11.25)のみ (研修課程Aの取得年月日：平成 年 月 日) ※研修課程Bについては研修課程Aの事前の単位取得が受講条件です。 3. 研修課程A・B両方		
※ お弁当の注文	1. 両日（2日分） お弁当を注文する ￥2,000		
	2. 一日分のみお弁当を注文する（ <input type="checkbox"/> 11/4 ・ <input type="checkbox"/> 11/25） ￥1,000		
	3. 両日お弁当の注文無し（茶菓子代のみ￥500を頂きます）		

注1 すべての欄をご記入ください。

注2 ※の箇所は、該当するものに○印をお願いします。

注3 記入後、下記の担当者まで郵送またはFAXをお願いします。

注4 応募者多数の際、受講できない場合があります。ご了承ください。

送 付 先	豊見城中央病院 がん情報センター (担当) 屋宜 爽夏
住 所	沖縄県豊見城市字上田25番地
F A X	098-850-3810
T E L	098-850-3811 (内線1800)