

第9回沖縄県緩和ケア研修会2017

今年度中に、厚生労働省にて緩和ケア研修会の開催指針の改正が予定されています。そのため、次年度は、大幅なカリキュラムの変更を行う予定です。今年度にA日程のみを受講された方は、是非、今年度中にB日程の受講をお願いします。

日 程 (全2日)

A日程：2月24日（土）9：00～18：30

B日程：2月25日（日）9：00～17：30

場 所

沖縄県医師会館3階ホール
(南風原町新川218-9)

対象者

がん診療に携わる医師及び研修医60名

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

平成30年1月31日（月） 必着
(申込書を以下の宛先までFAX送信してください)

がん対策推進基本計画（平成24年6月閣議決定）では重点的に取り組むべき課題として「がんと診断された時からの緩和ケアの推進」が位置づけられています。また、その目標として、がん診療に携わる全ての医療従事者が基本的な緩和ケアを理解し、知識と技術を習得することを受け、当院でも緩和ケア研修会を開催致します。

主催：琉球大学医学部附属病院

共催：沖縄県がん診療連携協議会・緩和ケア部会

申込・問合せ先

琉球大学医学部附属病院がんセンター

TEL098-895-1368 FAX098-895-1497

(担当：渡邊) ✉michikow@jim.u-ryukyu.ac.jp

琉球大学医学部附属病院主催
第9回沖縄県緩和ケア研修会2017参加申込書

申込先: 琉球大学医学部附属病院 がんセンター 宛
FAX: 098-895-1497

病院名(施設名)	琉球大学医学部附属病院		
部署(所属診療科名)	外科	職名	医師・助教
専門分野	乳腺	医師免許取得年	昭和〇〇年or19〇〇年
経験年数	10 年	緩和医療経験	0 年
職種※	<input checked="" type="checkbox"/> 医師 ・ 薬剤師 ・ 看護師 ・ その他()		
がん診療において、がん患者の主治医や担当医となる者の算出基準(あてはまる箇所にチェックをお願いします)	<input checked="" type="checkbox"/> (ア)がん診療において、がん患者の主治医や担当医となる医師 <input type="checkbox"/> (イ)(ア)以外の医師で、がん患者の主治医や担当医になることは想定されないが、主治医等から診察依頼を受けた場合や当直業務などでがん患者に対する診療を行うことがある医師 <input type="checkbox"/> (ウ)理診断医や放射線診断医など、がん患者との日常的な対面は想定されない医師 <input type="checkbox"/> 初期臨床研修2年目から初期臨床研修終了後3年目までの医師		
ふりがな	りゅうだい たろう		
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)	琉大 太郎		
医籍登録番号(医師のみ)	123456		
連絡先			
TEL(勤務先)	(●●●)-●●●-●●●		
FAX(勤務先)			
E-mail			
携帯番号(当日の緊急連絡先)			
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。※	<input checked="" type="checkbox"/> 承諾します ・ <input type="checkbox"/> 承諾しません <small>※がん診療連携拠点病院等(琉大病院・県立中部病院・那覇市立病院・県立宮古病院・県立八重山病院・北部地区医師会病院)に勤務している医師は、がん診療連携拠点病院等としての義務のため、公開いたします。</small>		
参加希望	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> 課程AとBは別施設主催の研修会で受けられます。課程Aを受けて1年以内に課程Bを受ければ、修了書を取得できます。 </div> <p> <input checked="" type="checkbox"/> 1. 研修課程A・B両日程(2月24日(土)・2月25日(日)) <input type="checkbox"/> 2. 研修課程B(2月25日)のみ (研修課程Aの取得年月日: 年 月 日) (主催病院名) <small>※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。 ※の箇所は、該当するものに○印をお願いします。</small> </p>		
※の箇所は、該当するものに○印をお願いします。 *ご記入の際はご記入漏れがございませんようご確認をお願いします。			
本年12月1日に「がん等に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針」が改正されました(健発1201年2号)。そのため、次年度は全く異なるカリキュラムでの研修会となります。今回、初めて受講される方はAB両日程の同時受講をお願いします。また、既にA日程を受講された方は、今回の研修会に於いてB日程を必ず受講くださいますようお願いいたします。			
<お弁当注文票> 1食500円 <input checked="" type="checkbox"/> 注文する(<input checked="" type="checkbox"/> 両日 <input type="checkbox"/> 2月24日(土)のみ <input type="checkbox"/> 2月25日(日)のみ) <input type="checkbox"/> 注文しない			

琉球大学医学部附属病院主催
第9沖縄県緩和ケア研修会2017参加申込書

申込先: 琉球大学医学部附属病院 がんセンター 宛
FAX: 098-895-1497

病院名(施設名)			
部署(所属診療科名)		職名(役職)	
専門分野		医師免許取得年	
経験年数	年	緩和医療経験	年
職種※	医師・薬剤師・看護師・その他()		
がん診療において、がん患者の主治医や担当医となる者の算出基準(あてはまる箇所にチェックをお願いします)	<input type="checkbox"/> (ア)がん診療において、がん患者の主治医や担当医となる医師 <input type="checkbox"/> (イ)(ア)以外の医師で、がん患者の主治医や担当医になることは想定されないが、主治医等から診察依頼を受けた場合や当直業務などでがん患者に対する診療を行うことがある医師 <input type="checkbox"/> (ウ)理診断医や放射線診断医など、がん患者との日常的な対面は想定されない医師 <input type="checkbox"/> 初期臨床研修2年目から初期臨床研修終了後3年目までの医師		
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(勤務先)			
FAX(勤務先)			
E-mail			
携帯番号(当日の緊急連絡先)			
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。※	<input type="checkbox"/> 承諾します <input type="checkbox"/> 承諾しません		
参加希望課程※	1. 研修課程A・B両日程(2月24日(土)・2月25日(日)) 2. 研修課程B(2月25日)のみ (研修課程Aの取得年月日: 年 月 日) (主催病院名) ※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。		
※の箇所は、該当するものに○印をお願いします。 *ご記入の際はご記入漏れがございませんようご確認をお願いします。			
本年12月1日に「がん等に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針」が改正されました(健発1201年2号)。そのため、次年度は全く異なるカリキュラムでの研修会となります。今回、初めて受講される方はAB両日程の同時受講をお願いします。また、既にA日程を受講された方は、今回の研修会に於いてB日程を必ず受講くださいますようお願いいたします。			
<お弁当注文票> 1食500円 <input type="checkbox"/> 注文する(□両日 □2月24日(土)のみ □2月25日(日)のみ) <input type="checkbox"/> 注文しない			