

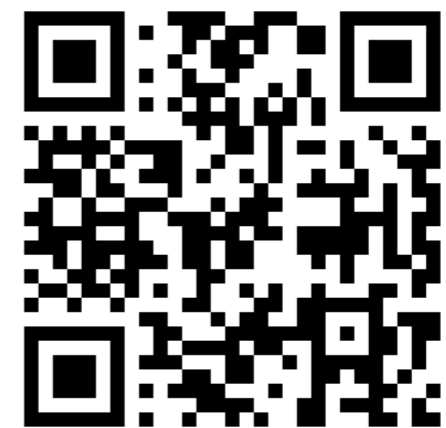
2024年度 聖マリア病院がんセンター主催

緩和ケア研修会

本研修の参加には、
事前にe-learningの受講を
修了していることが条件となります。

厚生労働省 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
<https://peace.study.jp/rpv/>

e-learningの
受講はこちらから



日時：2024年**7**月**7**日（日）9：30～18：00（受付9：00）

会場：聖マリア病院 検査棟2階 シミュレーション教育センター

参加対象：がん診療に携わる医師・歯科医師
臨床研修医
がん医療に携わる医療従事者

定員：**21**名（定員になり次第締切とさせていただきます。）

参加費：1,000円（昼食・茶菓子代）
※ 参加費は当日徴収させていただきます。

申込方法：裏面の「緩和ケア研修会 集合研修参加申込書」をご記入の上、
e-learning受講修了証書を必ず添えて郵送・FAX・E-mailで
お申し込み下さい。

申込締切日：2024年**5**月**31**日（金）

※ 定員になり次第、締切とさせていただきます。

【申込・問合せ先】

〒830-8543

福岡県久留米市津福本町422番地

聖マリア病院 病院事務部内 緩和ケア研修会事務局 宛

TEL：0942-35-3322

FAX：0942-34-3115

E-mail：signpost@st-mary-med.or.jp

緩和ケア研修会 集合研修参加申込書

の項目は、医師の方のみ記載をお願いします。

病院名（施設名）		所属（診療科・部署等）	
職種	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 臨床研修医 <input type="checkbox"/> 臨床研修歯科医 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
医籍登録番号	号	医師免許取得後の 臨床経験年数	年間
がん診療に関わった年数	年間	緩和医療の臨床経験年数	年間
性別	<input type="checkbox"/> 男性 ・ <input type="checkbox"/> 女性	年齢	歳
ふりがな			
氏名	（医師の方の場合、氏名は必ず医籍登録されている氏名・字体で楷書での記載をお願いします）		
e-learning ID		e-learning 修了年月日	年 月 日
連絡先			
（ことらからご連絡を差し上げる場合があります。緊急時も含め、連絡のつきやすい番号をご記入ください）			
TEL			
FAX			
E-mail			
修了証書送付先住所 （必ず受領のできる住所及び所属等の 記載をお願いします）	〒		
修了証書送付先住所を福岡県にお知らせ 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	
研修会終了後、国及び福岡県が貴殿の 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	
医師会員の方のみ御記入ください。 日本医師会が行っている生涯教育制度の 単位認定を希望しますか。	<input type="checkbox"/> 希望します ※ 生年月日 < 年 月 日 > <input type="checkbox"/> 希望しません ※ 生涯教育制度単位認定希望者は、必ず生年月日を記入してください。		

注意 : 修了証書がお手元に届くまでに2.3か月を要する場合があります。

e-learning受講修了証書を必ず添えてお申し込みください。