

(緩和ケア研修会主催者が指定する方法で提出してください)

平成 年度 宮崎県第 回 緩和ケア研修会 参加申込書

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	昭和・平成 年 月 日 第 号		
病院名(施設名)			
部署		職名	
専門分野(経験年数)	(年)		
TEL			
FAX			
E-mail			
修了証送付先住所	〒		
研修会終了後、国及び宮崎県が貴殿の 氏名及び所属を公開すること についての可否。※	<input type="checkbox"/> 可(承諾します) <input type="checkbox"/> 否(承諾しません)		
研修会受講 初回・2回目以降の別※	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以降 (次の受講する日程・項目欄に 今回受講する項目を記入してくださ い)		
受講する日程・項目 ※基本的に日程単位での受講をお願い します。(グループワーク等への対応の ため)	<input type="checkbox"/> 【プログラムⅠ】 <input type="checkbox"/> A 緩和ケア概論 <input type="checkbox"/> B がん性疼痛の評価と治療 <input type="checkbox"/> C がん性疼痛事例検討・ オピオイドを開始するとき <input type="checkbox"/> G 地域連携と治療・療養の場 の選択 <input type="checkbox"/> 【プログラムⅡ】 <input type="checkbox"/> D 呼吸器症状、消化器症状など <input type="checkbox"/> E 精神症状 <input type="checkbox"/> F コミュニケーション		
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 <input type="checkbox"/> 希望しません		

※の箇所は、該当項目の□にチェック(☑または■)をお願いします。