

令和5年5月吉日

各医療機関 施設長 殿

鹿児島市立病院
院長 坪内 博仁

がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会開催のご案内

時下、益々ご清栄のこととお喜び申し上げます。

当院では、地域がん診療連携拠点病院として、厚生労働省が示す指針に準拠した「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」の開催を下記のとおり予定しております。

つきましては、参加を希望される方は、別紙によりお申込みくださいますようお願いいたします。

記

- | | |
|--------|--|
| 1 日 時 | 令和5年7月22日(土) 8:30~17:00 ※詳細は申込後にご案内します |
| 2 場 所 | 鹿児島市立病院 多目的ホール |
| 3 参加費 | 無料 |
| 4 対 象 | がん診療に携わる医師等(定員30名) |
| 5 申込締切 | 令和5年6月9日(金) |
| 6 申込方法 | 別紙「参加申込書」を下記担当者へご提出ください。 |

※定員を上回る申し込み状況により参加をお断りさせていただく場合がございます。あらかじめご了承ください。

※研修会に参加するには、事前にeラーニングを修了する必要があります。申込の際は、「eラーニング修了証書」を添えてご提出ください。

eラーニングは、下記URLから各自IDを新規登録して、受講してください。
<https://peace.study.jp/rpv/>

【お問い合わせ・参加申込書提出先】

鹿児島市立病院 医事情報課医事係 日高
〒890-8760 鹿児島市上荒田町37番1号
TEL: 099-230-7021
E-Mail: hpiji-iji@city.kagoshima.lg.jp

令和5年度 鹿児島市立病院
がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会
参加申込書

令和 5年 月 日

ふりがな				年齢
氏名	※修了証書に記載するため、楷書でご記入ください。			
住所 (自宅または勤務先)				
電話番号				
メールアドレス				
所属				
診療科名		医籍登録番号		
臨床経験年数	年	か月	緩和ケア経験	有(年 か月)・無
eラーニング受講者ID				
緩和ケア研修会修了者として氏名および所属を公表することについて (同意する ・ 同意しない) ※いずれかに○をつけてください				

申込締切 令和5年6月9日(金)

eラーニング修了証書を添えてご提出ください

※定員を上回るお申し込みがあった場合や、感染症等の状況により参加をお断りさせていただく場合がございますので、あらかじめご了承ください。