

(FAX:0985-28-1881) 【送付状不要】 稲富宛

(E-メール: inatomi-1@pref-hp.miyazaki.miyazaki.jp)

平成29年度 宮崎県第4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 | | |
| 所属(病院名、施設名) | | | |
| 所属科 | | 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 ※基本的にプログラム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 つらさの包括的評価と症状緩和 <input type="checkbox"/> B がん疼痛の評価と治療 <input type="checkbox"/> C オピオイドを開始するとき <input type="checkbox"/> D 呼吸困難、消化器症状 <input type="checkbox"/> 【プログラムⅡ】 <input type="checkbox"/> E 倦怠感 <input type="checkbox"/> F コミュニケーション(講義) コミュニケーション(ロールプレイ) <input type="checkbox"/> G 気持ちのつらさ、せん妄 <input type="checkbox"/> H 疼痛事例検討 療養場所の選択と地域連携 | | |
| 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、該当項目の口をチェック(☑または■)をお願いします。

※昼食申し込み(お弁当とお茶)

<1食 1,000円程度>

| | 希望する | 希望しない |
|----------|------|-------|
| 9月30日(土) | | |
| 10月1日(日) | | |

※ 該当欄に○印を記入してください。