

平成 24 年 4 月 10 日

岡山県内医療機関 施設長 各位

財団法人 倉敷中央病院
院長 小笠原 敬三 (公印省略)

第 4 回 倉敷中央病院 緩和ケア研修会のご案内

拝啓 貴下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。平素より格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、地域がん診療連携拠点病院として岡山県のがん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会を当院主催のもと開催することになりました。

本研修会は、「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」(平成 20 年 4 月 1 日健発 0401016 号)に基づき実施するものです。全日程の修了者には、研修会主催責任者と厚生労働省健康局長両名の記名捺印された「修了証」を交付いたします。

貴院におかれまして、がん診療に携わる熱意のある医師をご推薦いただきたいと思います。

敬具

記

- 1 会の名称：第 4 回 倉敷中央病院 緩和ケア研修会
- 2 開催日時：平成 24 年 6 月 9 日 (土)【時間 9:00~17:10 頃】
～ 6 月 10 日 (日)【時間 9:00~17:20 頃】の 2 日間
(全日程 2 日間の参加が、条件となります)
- 3 場 所：(財) 倉敷中央病院 大原記念ホール他
(倉敷市美和 1 丁目 1 番 1 号 駐車場あり)
- 4 受講資格：岡山県内のがん診療に携わるすべての医師
- 5 募集人数：約 10 名 (応募者多数の場合は、調整等をさせていただきます。)
- 6 参加費：無料 ただし、弁当代・茶菓費 (2 日間) 3,000 円をお願いいたします。
- 7 応募締切：平成 24 年 4 月 27 日(金)必着
※応募者多数の場合は、早めに締め切りをさせていただきます。
- 8 申込方法：申込書に必要事項を記載の上、下記担当部署まで郵送もしくは FAX、E-mail、でお申込ください。申込受付後に案内状を送付いたします。
(当院ホームページにも案内、申込書を掲載いたしますのでご利用ください。)
- 9 備 考：会場までの交通費は各自ご負担ください。
- 10 担当部署：財団法人 倉敷中央病院 企画課 (妹尾)
〒710-8602 倉敷市美和 1-1-1
TEL：086-422-9277 Fax：086-427-9325
E-mail：senoo@kchnet.or.jp

以上

第4回 倉敷中央病院 緩和ケア研修会 参加申込書

平成24年6月9日(土)～10日(日)

※申込締切り 4月27日(金) 必着

※応募者多数の場合は、早めに締め切り、調整等をさせていただくことがあります。

氏名 _____ (ふりがな)

※厚労省からの修了証で使用しますので楷書でお書き下さい。

年齢 _____ 歳 医籍登録番号 _____

住所(施設・自宅) _____

郵便番号 _____

電話番号 _____

FAX. No _____

施設名・所属 _____

役職 _____

臨床経験 _____ 年 緩和医療経験 _____ 年

E-mail _____

研修修了後の氏名公開 (下記の選択を○してください)

厚労省 HP 可・不可 岡山県 HP 可・不可

申し込み送付先:

財団法人 倉敷中央病院 企画課 (妹尾)

〒710-8602 倉敷市美和 1-1-1

TEL: 086-422-9277 Fax: 086-427-9325

E-mail: senoo@kchnet.or.jp