**市立奈良病院　地域医療連携室「緩和ケア研修会事務局」行き**

**FAX：0742-24-1259　 6月 23日（金）17:00必着**

**「第57回　まほろばPEACE緩和ケア研修会」参加申込書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | | | 性　別 | | | 男　・　女 |
| 氏　名 | ※修了証書に使用しますので楷書でご記入ください | | | | | |
| 年　齢 | | |  |
| 住　所 | 〒　　　　　－  （勤務先・自宅）  ※受講決定通知および修了証書の郵送による確実な連絡先をご記入ください | | | | | | | | | |
| ＴＥＬ |  | | | ＦＡＸ | |  | | | | |
| Ｅ-mail |  | | | | がん診療経験 | | | 年 | | |
| 医療機関名 |  | | | | オピオイド処方経験　※いずれかに○ | | | | | |
| 所 属 科 |  | | | | 無し　 1-5例 　6-10例 　11例以上 | | | | | |
| 職　種 | □医　師  □歯科医師 | **（医籍登録番号：　　　　　　　号）※必ずご記入下さい** | | | | | | | | |
| □その他（ | ） | | | | | | | | |
| 参加希望  課程  **１，２，３より１つ選択し○で囲んで下さい** | **1.　研修Ａ課程（ 7/22）・研修Ｂ課程（7/23）　両方（推奨）**  2. 研修Ａ課程（7/22）のみ（修了書の交付にはＡ課程修了翌年度末までに  研修Ｂ課程受講が必要です。(A課程の単位は奈良県でのみ有効です）  3. 研修Ｂ課程（7/23）のみ（研修Ｂ課程については事前に研修Ａ課程の単位  取得が必要です）    **３の場合申込書に奈良県緩和ケア研修会A課程修了証明書を添付して下さい** | | | | | | | | | |
| お食事（弁当）の予約  （お弁当代金は受付時にいただきます） | | | 7/22　 夕食（軽食）500円 | | | | | | 要 ・ 不要 | |
| 7/23　 昼食　　　1,000円 | | | | | | 要 ・ 不要 | |
| 研修修了後、厚生労働省・奈良県HPでの氏名および所属・所属科の掲載（医師のみ） | | | | | | | | | 可 ・ 不可 | |

※　定員になり次第、締め切ることがあります。なお、定員を超えた場合は、地域性、がん診療連携拠点病院勤務者、経験等を考慮して選考を行います。

※　受講の可否については、　6月30日（金）までに郵送にてお知らせします。

　　連絡が無い場合は開催事務局までお問い合わせ下さい。（0742-24-1258　市立奈良病院　地域医療連携室）

※　お申込みいただいた皆様に関する個人情報は、研修事業関連のみの目的で使用し、他の目的で使用することはありません。