

平成31年4月吉日

関係者各位

伊勢崎市民病院
病院長 小林 幹男

伊勢崎市民病院 緩和ケア研修会（集合研修）の開催について

時下、益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

このたび、緩和ケアの基本的な知識と技術を習得することを目的として、がん等の診療に携わる医師等を対象に『緩和ケア研修会（集合研修）』を開催いたします。

つきましては、下記の日程にて受講者の参加を募集いたしますので、ご多忙中とは存じますが、是非ともご参加くださいますようお願い申し上げます。

記

- 1 日 時 2019年6月30日（日） 8：30～17：00
- 2 場 所 伊勢崎市民病院 10階大会議室 （伊勢崎市連取本町12番地1）
- 3 対象者 以下の条件を満たす者
①がん等の診療に携わる医師等
②厚生労働省「がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会 e-learning」を集合研修実施日から2年以内に修了している者
- 4 募集人数 30人（定員となり次第締め切りとさせていただきます。）
- 5 受講料 無料（お弁当を希望される方は1食800円（税込）で申し受けます。）
- 6 後 援 伊勢崎佐波医師会
- 7 申込方法 別紙の『参加申込書』と『e-learning 修了証書』を2019年6月7日（金）までにFAXしてください。当日中に返信がない場合には、お手数ですが事務局までご連絡ください。（土・日・祝日を除く）

FAX 0270-25-5024

〒372-0817 群馬県伊勢崎市連取本町12番地1

伊勢崎市民病院 内科主任診療部長 石原 真一

【事務局】 地域医療連携室 地域連携係 大和・井上・小此木

TEL 0270-25-5022(代表)

参加申込書

「伊勢崎市民病院 緩和ケア研修会」に参加する

ふりがな			
氏名	※修了証で使用しますので楷書で記入してください。		
年齢	歳	性別	男 ・ 女
職種			
医籍登録番号			
所属施設名			
所属診療科			
臨床経験年数	年		
e-learning 修了証書 ID			
修了証書交付日	年 月 日		
連絡先	住所	※修了証の送付先を記入してください。 〒	
	電話		
	F A X (必須)		
お弁当希望 <small>(代金は当日集金します)</small>	あり ・ なし		
※参加申込書に係る個人情報、本研修会以外には利用いたしません。			
F A X 送信先	伊勢崎市民病院 地域医療連携室 地域連携係		
	<u>F A X 0 2 7 0 - 2 5 - 5 0 2 4</u>		

※e-learning 修了証書の F A X もお願いします。

※参加申込書を受け取りしだい、参加の可否を F A X で返信致します。(土・日・祝日を除く)

返信がない場合には、お手数ですが事務局までご連絡ください。

事務局：伊勢崎市民病院 地域医療連携室 地域連携係

TEL：0270-25-5022 (代表)