

「信州上田医療センター緩和ケア研修会」開催のご案内

1 主 催

独立行政法人国立病院機構信州上田医療センター

2 日 時

平成29年11月18日（土） 13:00～19:30

11月19日（日） 9:00～17:30

※両日の参加により修了が認定されます（遅刻、早退は不可）。

3 場 所

独立行政法人国立病院機構信州上田医療センター 3階講堂

長野県上田市緑が丘1-27-21

4 対象者

長野県内の医療機関でがん診療に携わる医師、医療従事者

- ・修了した医師には厚生労働省公認の修了証書が授与されます（後日郵送）。
- ・医師以外の方には主催者による修了証書を後日発行いたします。

5 募集定員

30名（先着順）

6 参加費

無料（希望者のみ2日目の昼食代1,000円をご負担願います）

7 申込締切日

平成29年10月13日（金）必着

※定員に達し次第、募集を締め切らせていただきますのでご了承ください。

8 申込方法

「参加申込書」に必要事項をご記入の上、郵送、FAXまたは電子メールにてお申し込みください。

9 受講者の決定

郵送にて参加の可否をご連絡いたします。

10 申込先・お問合せ先

〒386-8610 長野県上田市緑が丘1-27-21

独立行政法人国立病院機構信州上田医療センター

事務部企画課経営企画室（担当）渡辺、井田

TEL 0268-22-1890 FAX 0268-24-6603

E-Mail 230ty01@hosp.go.jp

信州上田医療センター緩和ケア研修会 参加申込書

ふ り が な			
氏 名 ※ 楷書でご記入ください			
医 籍 登 録 番 号	第		号 (医師・歯科医師のみ)
職 種	医師 ・ 看護師 ・ 薬剤師 ・ その他()		
専 門 分 野			
臨 床 経 験	年	が ん 診 療 経 験	年
所 属 施 設			
所 在 地	〒		
電 話 番 号			
FAX			
E-Mail	@		
国及び長野県が研修修了者の氏名及び所属を公開することについてご承諾いただけますか。	承諾します	・	承諾しません
11/19(日)の昼食について	希望する	・	希望しない

※ 昼食をご希望の方は、1,000円をご負担いただくようお願いいたします。研修初日に受付にて現金でお支払いください。

(当日病院内レストランは休業しておりますのでご注意ください。)

申込先・お問合せ先

〒386-8610
 長野県上田市緑が丘1-27-21
 独立行政法人国立病院機構信州上田医療センター
 事務部企画課経営企画室 (担当) 渡辺、井田
 TEL 0268-22-1890 FAX 0268-24-6603
 E-Mail 230ty01@hosp.go.jp

(※事務局使用欄)

受付年月日	※ 平成 年 月 日	整理番号	※
-------	------------	------	---