

令和6年度緩和ケア実地研修 参加申込書

フリガナ

◇参加申込者名： _____

◇職種： _____ ◇診療科目(医師の場合)： _____ ◇経験年数： _____ 年

◇所属・役職名： _____

◇所属住所： _____

◇電話： _____ ◇FAX： _____

◇E-mail： _____

◇研修当日の連絡先携帯番号： _____

【希望する研修施設】

◎注意事項

- 1) 一人で複数希望する場合には、最多で緩和ケアチームが2施設、緩和ケア病棟が2施設、往診クリニック・訪問看護ステーションがペアで2施設、または他施設が3施設の計9施設を希望することができます。(ただし、往診クリニック・訪問看護ステーションは、どちらか一方のみの研修はできません。)
- 2) 応募者が多数の場合は、研修施設及び研修施設数を制限することがあります。

1. 緩和ケアチーム研修の希望施設、希望日を記入してください。

① _____ 病院・(秋田大学病院はコース名： _____ コース)
研修希望日：第1希望 月 日、第2希望 月 日、第3希望 月 日

② _____ 病院・(秋田大学病院はコース名： _____ コース)
研修希望日：第1希望 月 日、第2希望 月 日、第3希望 月 日

2. 緩和ケア病棟を希望する場合は、希望施設に○印・希望日を記入してください。

① ○ 外旭川病院 ・ ○ 大曲厚生医療センター ・ ○ 秋田市立病院 (チームのみの研修も可)
研修希望日：第1希望 月 日、第2希望 月 日、第3希望 月 日

② ○ 外旭川病院 ・ ○ 大曲厚生医療センター ・ ○ 秋田市立病院 (チームのみの研修も可)
研修希望日：第1希望 月 日、第2希望 月 日、第3希望 月 日

3. 秋田往診クリニック・訪問看護ステーションあきたを希望する場合は、希望日を記入してください。

研修希望日：第1希望 月 日、第2希望 月 日、第3希望 月 日

4. 他施設を希望する場合は、希望施設に○印・希望日を記入してください。

① ○ たにあい糖尿病・在宅クリニック ・ ○ ジョイリハ寺内 ・ ○ ジョイリハ仁井田
研修希望日：第1希望 月 日、第2希望 月 日、第3希望 月 日

② ○ たにあい糖尿病・在宅クリニック ・ ○ ジョイリハ寺内 ・ ○ ジョイリハ仁井田
研修希望日：第1希望 月 日、第2希望 月 日、第3希望 月 日

③ ○ たにあい糖尿病・在宅クリニック ・ ○ ジョイリハ寺内 ・ ○ ジョイリハ仁井田
研修希望日：第1希望 月 日、第2希望 月 日、第3希望 月 日