

令和7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) 一人で複数を希望する場合には、最多で緩和ケアチームが2施設、緩和ケア病棟が2施設、または他施設が2施設の計6施設を希望することができます。
※今年度より往診クリニック・訪問看護ステーションは、どちらか一方のみの研修も可能となります。
- 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。
- 3) 施設によって受入条件が異なります。詳細は別紙参照

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 | 【半日（午前・午後）・1日・日間】 |
| 第2希望 | 月 | 日 | 【半日（午前・午後）・1日・日間】 |
| 第3希望 | 月 | 日 | 【半日（午前・午後）・1日・日間】 |
- 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 | 【半日（午前・午後）・1日・日間】 |
| 第2希望 | 月 | 日 | 【半日（午前・午後）・1日・日間】 |
| 第3希望 | 月 | 日 | 【半日（午前・午後）・1日・日間】 |

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 ・ 市立秋田総合病院 （チームのみの研修も可）
- | | | | |
|------------|---|---|----------------|
| 研修希望日：第1希望 | 月 | 日 | 【半日（午前・午後）・1日】 |
| 第2希望 | 月 | 日 | 【半日（午前・午後）・1日】 |
| 第3希望 | 月 | 日 | 【半日（午前・午後）・1日】 |
- ② _____ 大曲厚生医療センター （チームのみの研修も可）
- | | | | |
|------------|---|---|-------------------|
| 研修希望日：第1希望 | 月 | 日 | 【半日（午前・午後）・1日・日間】 |
| 第2希望 | 月 | 日 | 【半日（午前・午後）・1日・日間】 |
| 第3希望 | 月 | 日 | 【半日（午前・午後）・1日・日間】 |

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、

希望施設に○印・希望日を記入してください。

① _____ 秋田往診クリニック・訪問看護ステーションあきた

研修希望日：第1希望 月 日、第2希望 月 日、第3希望 月 日

② _____ 秋田往診クリニック・訪問看護ステーションあきた

研修希望日：第1希望 月 日、第2希望 月 日、第3希望 月 日