

送信先	あて先	旭川厚生病院 がん相談支援センター 瀬尾 行き
	FAX番号	0166-38-2201

## 旭川厚生病院 緩和ケア研修会 参加申込書

(厚生労働省からの終了証書で使用するしますので楷書でご記入下さい。)

(ふりがな)		年齢	歳
氏名	* 必須 医籍登録番号 :		

(連絡先:受講決定等の通知の際に使用しますので、必ず記入して下さい。)

所属施設名			所属	
職種			役職名	
住所等	郵便番号	〒		
	住所			
	電話番号		内線	
	FAX番号			

(経験年数:医師のほか、看護師、コメディカルの方についてもご記入下さい。)

臨床経験等	臨床(看護・コメディカル)経験	年
	緩和医療経験	年

(オピオイドの処方歴について医師に伺います。いずれかに○を付けて下さい。)

オピオイドの使用状況(医師のみ回答)	殆ど使用しない	使用頻度少ない	使用頻度多い
--------------------	---------	---------	--------

(氏名公開の可否:医師のみ、いずれかに○を付けて下さい。)

研修終了後、厚労省HPでの氏名公開の同意(医師のみ)	可	不可
----------------------------	---	----

**締切 : 平成23年10月14日(金)必着**

連絡先	主催	JA北海道厚生連 旭川厚生病院
	住所	〒070-8211 旭川市1条通24丁目111-3
	担当者	瀬尾 琢也 (緩和ケア研修会 事務局)
	電話	0166-33-7171(内線 4107)
	FAX	0166-38-2201
	HP	<a href="http://www.ganjoho-asahikawa.info">http://www.ganjoho-asahikawa.info</a>