

送信先	あて先	旭川厚生病院 がん相談支援センター 平位 行き
	FAX番号	0166-33-8202

旭川厚生病院 緩和ケア研修会 参加申込書

(厚生労働省からの修了証書で使用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 :		
本人連絡先			

(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(科)	
職種		役職名	
住所等	郵便番号	〒	
	住所		
	電話番号	内線	
	FAX番号		

臨床経験等	臨床経験	年
	緩和医療経験	年

ロールプレイ経験	あり	なし
----------	----	----

(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29年4月20日(木)必着

連絡先	主催	JA北海道厚生連 旭川厚生病院
	住所	〒078-8211 旭川市1条通24丁目111-3
	担当者	平位 友里香 (緩和ケア研修会 事務局)
	電話	0166-33-7171(内線 4224)
	FAX	0166-33-8202
	HP	http://www.ganjoho-asahikawa.info