

「第10回 ベルランド総合病院緩和ケア研修会」のご案内

拝啓 時下益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、ベルランド総合病院では下記日程において厚生労働省の開催指針に準拠した緩和ケア研修会を開催致します。

がん対策基本法に基づくがん対策推進基本計画では、すべてのがん診療に携わる医師が緩和ケアについての基本的な知識・技術を習得することが求められています。また、本研修会は緩和ケア診療加算、がん性疼痛緩和指導管理料等算定条件にも位置付けられておりますので、奮ってご参加下さいますよう宜しくお願い申し上げます。

敬具

平成30年6月

ベルランド総合病院
院長 亀山 雅男

記

主 催 : ベルランド総合病院

日 時 : 第1日目 平成30年9月29日(土) 10:00～19:00 (予定)

第2日目 平成30年9月30日(日) 9:30～18:30 (予定)

※両日参加となります

会 場 : ベルランド総合病院 AIF ホール

参加費 : 無料

対象者 : がん診療に携わる医師及び医療従事者 (計 40 名)

申込期限 : 平成30年8月31日(金)(定員になり次第、締め切らせて頂きます)

申込方法 : 参加申込書をご記入の上、下記まで FAX もしくは郵送でお申込みください。

その他 : 2日間のプログラムをすべて修了すると厚生労働省健康局長(医師)または大阪府知事(その他の医療従事者)より修了証が授与されます(但し、途中退室では授与されません)。申込み後参加が難しくなった場合には直ちにご連絡下さい。

連絡先 : ベルランド総合病院 企画室 (担当:六浦・青木)

〒599-8247 堺市中区東山 500-3

TEL : 072-234-2001 FAX : 072-234-9122(企画室)

E-mail: kikakushitsu2@bh.seichokai.or.jp

「第10回 ベルランド総合病院緩和ケア研修会」参加申込書
※厚生労働省又は大阪府からの修了証作成に使用しますので楷書でご記入下さい

氏名 _____

かな氏名 _____ 年齢 _____

所属施設 _____

診療科・所属 _____ 役職 _____

職種 ※該当に○を付けてください ①医師 ②初期研修医 ③歯科医師

④看護師 ⑤薬剤師 ⑥臨床心理士 ⑦その他(_____)

医籍登録番号(医師の場合必須)(_____)

臨床経験 _____ 年 緩和医療経験 _____ 年

送付物(修了証書含む)は原則、施設あてに郵送致します。

住所(施設・自宅) 〒 _____

電話番号 _____ FAX _____

E-mail _____

厚労省 HP 及び大阪府 HP での修了者氏名公開 【 可 ・ 不可 】 _____

連絡先:ベルランド総合病院 企画室 (担当:六浦・青木)

〒599-8247 堺市中区東山 500-3

TEL:072-234-2001(代表)

FAX:072-234-9122(企画室)

E-mail: kikakushitsu2@bh.seichokai.or.jp