

平成 29 年 4 月吉日

医療従事者 各位

日本医科大学付属病院

院長 坂本篤裕

がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会開催について（ご案内）

拝啓 若葉の候、時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、がん対策推進基本計画では、平成 29 年 6 月までに、がん診療に携わる全ての医療従事者が基本的な緩和ケアを理解し、知識と技術を習得することを目標としています。当院は「がん診療連携拠点病院」の指定を受けており、その使命の一環として多くの先生方に緩和ケアに関する理解を深めていただくための研修会の開催が求められております。

つきましては、下記のとおり「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」を開催させていただきますので、何卒本研修会にご参加賜りますようご案内申し上げます。

今後も当院の運営に何卒格別のご支援ご協力を賜りますようお願い申し上げます。

敬具

記

開催日時：平成 29 年 6 月 17 日（土）13：00 ～20：00（受付 12：30）

平成 29 年 6 月 18 日（日） 8：30 ～17：10

場 所：日本医科大学橘桜会館 3 階

※詳細は別紙実施要項をご覧ください。

がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会（日本医科大学付属病院）実施要項

下記の緩和ケア研修会について、一般型研修会として「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」（平成20年4月1日付け健発第0401016号厚生労働省健康局長通知）に準拠した内容で開催します。

1. 主催者 日本医科大学付属病院長 坂本篤裕（後援 東京都医師会）
2. 目的 院内においてがん診療に携わる医師が研修会を通して緩和ケアについての基本的な知識を習得し、治療の初期段階から標準的な緩和ケアが提供されるようにすること。
3. 研修内容 講義、ワークショップおよびロールプレイ
（がん性疼痛などの身体症状及び精神症状の緩和ケア、コミュニケーション、地域連携）
4. 対象者 医師、薬剤師、看護師（定員42名）
5. 開催日時 平成29年6月17日（土） 13：00～20：00（受付12：30）
6月18日（日） 8：30～17：10
6. 場所 日本医科大学橘桜会館3階
7. 修了 研修会を修了した方には、主催者（日本医科大学付属病院長）による修了証書が授与されます。（どちらも全プログラムを受講された方のみが授与されます。）
また、本研修会を修了された方はご本人の同意に基づき氏名・所属が公開されます。
8. 参加費 無料。1日目のお昼に軽食、2日目の昼食を事務局が用意します。
9. 申込期限 平成29年5月31日（水）
10. 申込方法および問い合わせ先

【別添】の申込書に参加者名と連絡先を記入のうえ、日本医科大学付属病院医療連携室緩和ケア研修会事務局までFAXでお申し込み下さい。

担当：船崎、仲澤

電話：03-5814-6140

FAX：03-5814-6290

その他 受付完了のメールが届きましたら受講決定となります。送信後1週間経過しても届かない場合はご連絡ください。

申込後、参加が難しくなった場合は直ちにお知らせください。

万が一、延期となった場合は早急にこちらからご連絡致します。

参加希望者が募集人員を上回った場合は、事務局にて調整させていただきます。

【別添】

日本医科大学付属病院緩和ケア研修会参加申込書

日本医科大学付属病院院長 殿

参加者希望者

(ふりがな)

1. 氏名 _____

所属・臨床経験年数 _____

連絡先（携帯番号） _____

メールアドレス _____

医籍登録番号 _____

研修会修了後 東京都ホームページでの氏名公開 可 ・ 不可 _____

(ふりがな)

2. 氏名 _____

所属・臨床経験年数 _____

連絡先（携帯番号） _____

メールアドレス _____

医籍登録番号 _____

研修会修了後 東京都ホームページでの氏名公開 可 ・ 不可 _____

(ふりがな)

3. 氏名 _____

所属・臨床経験年数 _____

連絡先（携帯番号） _____

メールアドレス _____

医籍登録番号 _____

研修会修了後 東京都ホームページでの氏名公開 可 ・ 不可 _____

申込はFAXでお願い致します。

医療連携室 FAX番号 03-5814-6290 内線 3807

※必要事項はもれなくご記入頂きますようお願い致します。氏名は修了証で使用しますので
楷書でご記入ください。