

# 2024年度 第5回沖縄県緩和ケア研修会参加申込書

## 北部地区医師会病院主催

ふりがな 氏 名				男 ・ 女	
病院名（施設名）					
部署(診療科)・役職					
職種・専門分野					
医籍登録番号※1		第 号	取得年	西暦	年
がん診療経験		年	緩和ケア経験		年
がん診療において、 がん患者の主治医や 担当医となる者の算 出基準  (あてはまる項目にチェックを お願いします)		<input type="checkbox"/> がん診療において、がん患者の主治医や担当医となる医師 <input type="checkbox"/> 上記の医師で、がん患者の主治医や担当医になることは想定されないが、主治医等から診察依頼を受けた場合や当直業務などでがん患者に対する診療を行うことがある医師 <input type="checkbox"/> 病理診断医や放射線診断医など、がん患者との日常的な対面は想定されない医師 <input type="checkbox"/> 研修医			
e-learning ID		I D :			
連絡先	住 所	〒 ー			
	電 話 (緊急連絡先)※2		F A X		
	E-mail				
県・厚生労働省HP への氏名・所属公開		<input type="checkbox"/> 承諾する <input type="checkbox"/> 承諾しない <small>●がん診療連携拠点病院等（琉大病院・県立中部病院・那覇市立病院・北部地区医師会病院・県立宮古病院 ・県立八重山病院）に勤務している医師は、がん診療連携拠点病院等としての義務のため、公開いたします</small>			

※1 医師以外の場合は資格登録番号及び取得年を記載する。

※2 緊急連絡先の電話番号は受講当日等の緊急な場合に使用させていただきます。

【担当】 北部地区医師会病院総務課 緩和ケア研修会事務担当 大城

〒905-8611 沖縄県名護市字宇茂佐 1712-3

電話 0980-54-1111(代) F A X 0980-53-3271

E-mail soumu@nagohp.com