



令和6年5月吉日

小郡三井医師会
会長 殿

朝倉医師会病院
院長 志波 直人

第11回 朝倉医師会病院 緩和ケア研修会集合研修のご案内

謹啓

時下、ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。平素より当院の運営につきましてご指導・ご鞭撻をいただき厚く御礼申し上げます。

さて、下記のとおり朝倉医師会病院 緩和ケア研修会集合研修を開催しますので、ご案内いたします。

つきましては、資料を同封いたしますので、ご高覧の上、貴院医師へご案内いただきますようお願い申し上げます。

また、研修受講にあたっては、事前に e-learning の受講が要件となっております。お申し込みは、当院ホームページからも可能ですのでどうぞ宜しくお願いいたします。

謹白

記

日 時 令和6年9月8日（日）
9:00 ～ 17:15（受付8:30～）

参加費 500円（※お弁当希望者のみ別途1,000円）

募集締切 令和6年7月19日（金） ※定員になり次第終了

以上

※コロナウイルス感染症の状況により WEB 開催に変更となる場合があります。

問合せ先

朝倉医師会病院
総務課 永渕

Tel (0946)23-0077

小郡三井医師会より

学術担当理事 柳 大三郎
会長 島田昇二郎

がん診療に携わる医師に対する
緩和ケア研修会

受講者
募集



令和6年9月8日(日)

9:00-17:15 (受付 8:30より)

対象者 がん診療にかかわる医師、
歯科医師、その他医療従事者
※研修医の場合、2年目の方

お申込み方法

朝倉医師会病院HPよりお申し込み
または、申込書に必要事項を記入の上、
e-learning受講修了証を添えて
E-mail、FAXにてお申し込みください

募集人数 12名

参加費 500円

(お弁当希望者のみ別途1,000円)

本研修会の参加には、事前にe-learningの受講を修了していることが条件となります

<https://peace.study.jp/rpv/>

※コロナウイルス感染症の状況によりWEB開催へ変更する場合があります。
その場合、パソコンおよび安定したネット環境での参加が必要です。

詳細はHPをご覧ください。

Q 朝倉医師会病院 緩和ケア研修会 X

主催) 朝倉医師会病院

【お申し込み、お問い合わせ】

〒838-0069福岡県朝倉市来春422-1

朝倉医師会病院 総務課 (永淵)

TEL (0946) 23-0077

FAX (0946) 23-0076

E-mail : bosyu_peace@asakura-med.or.jp



緩和ケア研修会 研修参加申込書

病院名（施設名）		所属（診療科）	
医籍登録番号	号	医師免許取得後の臨床経験年数	年間
がん診療に関わった年数	年間	緩和医療の臨床経験年数	年間
性別※	男性 ・ 女性	年齢	歳
ふりがな			e-learning ID
氏名 （医師の方の場合、氏名は必ず医籍登録されている氏名・字体で楷書での記載をお願いします）			
連絡先 （こちらからご連絡を差し上げる場合があります。緊急時も含め、連絡のつきやすい番号をご記入ください）			
TEL			
FAX			
E-mail			
修了証書送付先住所 （必ず受領できる住所及び所属等の記載をお願いします）	〒		
修了証書送付先住所を福岡県にお知らせすることについて御承諾いただけますか。※	・承諾します ・承諾しません		
研修会終了後、国及び福岡県が貴殿の氏名及び所属を公開することについて御承諾いただけますか。※	・承諾します ・承諾しません		
医師会員の方のみ御記入ください。 日本医師会が行っている生涯教育制度の単位認定を希望しますか。※	・希望します※生年月日＜ 年 月 日＞ ・希望しません ※生涯教育制度単位認定希望者は、必ず生年月日を記入してください。		

◆追加確認事項 グループ分け等の参考にさせていただきますので、以下の項目にもご記入ください。

生年月日（西暦）	年 月 日	役 職		研修医の場合※	前期 ・ 後期
医療用麻薬の処方数 ※	0件 ・ 1～5件/年 ・ 6件以上/年		年間2人以上の看取りの経験 ※	あり ・ なし	

お弁当の申し込み ※	要 ・ 不要
------------	--------

注意：修了証書がお手元に届くまでに2、3か月を要する場合があります。

申し込み方法等については受講希望実施機関毎のホームページをご覧ください。

■上記申込書にご記入のうえ、郵送もしくはFAX・E-mailでお申し込み下さい。

<問い合わせ・送付先>
〒838-0069 福岡県朝倉市来春422-1 朝倉医師会病院 総務課（担当： 永淵 ）
TEL：0946-23-0077 FAX：0946-23-0076 E-mail：bosyu_peace@asakura-med.or.jp

申込締切：2024年 7月 19日（金）必着

様式9（医師・歯科医師以外の医療従事者）

（朝倉医師会病院 緩和ケア研修会担当 宛）

緩和ケア研修会 集合研修参加申込書

病院名（施設名及び所属部署）		性別	男性 ・ 女性
職種	看護師 ・ 薬剤師 ・ その他（ ）		
がん診療に関わった年数	年間	緩和医療の臨床経験年数	年間
ふりがな		年齢	歳
氏名 （氏名は修了書に記載されます。楷書での記載をお願いします）			
e-learning 修了証書 ※注1）e-learning修了証書の交付日が集合研修日（2021.11.3）から3年以内であること。 ※注2）e-learning修了証書の添付が必要です。	e-learning ID : e-learnig修了証書交付日 : 西暦 年 月 日		
連絡先 （こちらからご連絡を差し上げる場合があります。緊急時も含め、連絡のつきやすい番号をご記入ください）			
TEL（携帯電話）			
FAX			
E-mail ※申込受付後、受付メールを右記アドレスに送付します。			
研修会終了後、福岡県が貴殿の氏名及び所属を公開することについて御承諾いただけますか。	承諾します ・ 承諾しません		
お弁当の申込み(1,000円)	要 ・ 不要		