**令和５年度　緩和ケアチーム研修（派遣コース）　受講申込書**

別紙２

令和５年　　月　　日

広　島　県　知　事　　様

この研修を受講したいので、次のとおり申し込みます。

１　医療機関及び担当者等

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 住　　所 |  |
| 担当者氏名 |  |
| 所属部署 |  |
| 電話番号 |  |
| Ｅメールアドレス |  |

２　受講希望者　※原則、医師及び看護師のチームメンバーが合同して参加すること。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （１）医　師 | | | | |
| ふりがな |  | 医師  免許 | 免許番号 |  |
| 受講者氏名 |  | 取得年月日 |  |
| 所属科 |  | 卒業  大学 | 大学名 |  |
| 役職名 |  | 卒業年月 |  |
| 診療科目  （専門領域） |  | | | |
| 臨床経験年数 | 約　　　　　年  （そのうち、症状緩和治療を業務とした経験年数　　約　　　　年　） | | | |
| 緩和ケア研修会受講の有無（注） | １　受講済み（平成・令和　　年度受講）　　・　　２　受講予定　　・　　　３　未受講 | | | |

　　注：「がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会」

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （２）看護師 | | | | |
| ふりがな |  | 看護師  免許 | 免許番号 |  |
| 受講者氏名 |  | 取得年月日 |  |
| 所属科 |  | 資格等  （認定看護師等） | |  |
| 臨床経験年数 | 約　　　　　年  （そのうち、症状緩和治療を業務とした経験年数　　約　　　　年　） | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （３）その他 | | | |
| 職種（選択） | 薬剤師 ・ 臨床心理士 ・ ＭＳＷ ・ その他（　　　　　　　　　　　　　） | | |
| ふりがな |  | 所属科 |  |
| 受講者氏名 |  |
| 免許・資格等 |  | | |

３　受講希望日程

　　令和５年９月～令和６年３月までの１～２日間程度。それ以上を希望する場合は、列を追加してください。※別紙１「研修先一覧表」で各施設の受入期間を御確認の上、記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 第１希望 | 令和　　年　　月　　日（　） | 令和　　年　　月　　日（　） |
| 第２希望 | 令和　　年　　月　　日（　） | 令和　　年　　月　　日（　） |
| 第３希望 | 令和　　年　　月　　日（　） | 令和　　年　　月　　日（　） |

４　受講希望施設

別紙１の「研修先一覧表」から受講を希望する施設名を御記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 第１希望 |  |
| 第２希望 |  |
| 第３希望 |  |

５　研修受講に際し、特に学びたいこと・チームにおける課題など

|  |
| --- |
|  |

※　ご記入いただいた内容は、研修先施設にも共有しますので、予め御了承ください。