

緩和ケア研修希望用紙

記入日 20____年____月____日

所属医療機関名 : ()
() 病院、() 診療所 [有床・無床]、() 訪問看護ステーション、
() その他 _____
研修希望者氏名 : ()
職種 : () 医師 () 看護師 () その他 _____
電話番号 : ()
メール : ()
返答方法の希望 : () 電話 () メール
電話での返答を希望される場合 連絡可能な時間帯 : () 時頃)

研修希望内容

- () 緩和ケアカンファレンス参加
() 半日緩和ケア研修
() 1日緩和ケア研修
() 5日間研修：希望する研修期間 _____

具体的に緩和ケア研修に対するご希望があれば記入してください。