

## 《大分赤十字病院 緩和ケア研修会 募集案内》

1 開催日 : 令和4年7月10日(日) 9:00~17:15(受付開始 8:30)

※新型コロナウイルス感染症の影響により、研修会を中止せざるを得ないと判断した場合はご連絡いたします。

2 開催場所 : 大分赤十字病院 管理棟5階 大会議室  
大分市千代町3-2-37

3 緩和ケア研修会の実施担当者

(1) 研修会主催責任者 : 大分赤十字病院 院長 福澤 謙吾

(2) 研修会企画責任者 : 大分赤十字病院 放射線科部長 高木 一

4 参加者 : 大分県内の病院に勤務する医師・歯科医師・薬剤師等 18人程度

(会場の都合により、募集定員に達した場合は、募集を締め切らせていただくことがありますのでご了承下さい。)

5 プログラム : 別添のとおり

6 申込み方法 : 下記書類一式をFAXまたはE-mailにてお申し込み下さい。

① 受講申込書

② e-learning 修了書(修了から2年以内のもの)

※新開催指針では、事前に e-learning の受講(下記 URL)が必要になります。  
本研修会の受講申込までに、各自で e-learning を修了しておくことが必須です。

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

7 受講料 : 無料 (但し、昼食の提供をご希望される場合は実費徴収いたします。)

8 申込期限 : 令和3年6月22日(水)

9 修了証書 : 全プログラムを受講した方に対しては、主催者及び厚生労働省健康局長名による修了証書を交付します。

また、本研修会は日本医師会生涯教育制度の単位取得の講演会等として申請予定です。

10 その他 : 車でお越しの際は、外来者用駐車場をご利用ください。

交通機関利用の際は、大分交通バス JR 大分駅前から新川経由行きに乗車「日赤病院前」下車し、徒歩3分となります。

11 連絡先 : 〒870-0033 大分市千代町 3-2-37

大分赤十字病院 総務課 担当 : 新宮

TEL : 097-532-6181 FAX : 097-533-1207

E-mail : soumukikaku@oita-med.jrc.or.jp

## 大分赤十字病院緩和ケア研修会プログラム

日 時: 令和4年7月10日(日) 9:00~17:15

場 所: 大分赤十字病院 管理棟5階 大会議室他

主催者: 大分赤十字病院

開始時間	終了時間	所要時間	内容	形式
8:30	9:00	30	受付	
9:00	9:15	15	開会・開催にあたって	講義
9:15	10:00	45	e-learning の復習・質問	講義
10:00	10:20	20	アイスブレイキング	
10:20	10:30	10	休憩	
10:30	12:00	90	全人的苦痛に対する緩和ケア	グループ演習、ワークショップ、講義
12:00	12:50	50	昼食・休憩	
12:50	14:50	120	コミュニケーション	ロールプレイ、ワークショップ、講義
14:50	15:00	10	休憩	
15:00	15:20	20	がん患者等への支援	講義
15:20	16:50	90	療養場所の選択と地域連携	グループ演習、ワークショップ、講義
16:50	16:55	5	休憩	
16:55	17:15	20	ふりかえりと修了式	

<送付先> 大分赤十字病院 総務課：新宮 宛

( FAX:097-533-1207 / E-MAIL: [soumukikaku@oita-med.jrc.or.jp](mailto:soumukikaku@oita-med.jrc.or.jp) )

## 大分赤十字病院 緩和ケア研修会 受講申込書

開催日：令和4年7月10日（日）

申込締め切り：令和4年6月22日（水）

申込日	令和4年 月 日
-----	----------

e-learning 受講者 ID	
e-learning 修了年月日	

※e-learning が修了していないと申込みできません。

受講申込書と併せて必ず「e-learning 修了証書」のコピーを提出してください

施設名	
診療科（所属）・職名	
職種	医師 ・ 医師以外（ ）
<input type="checkbox"/> 医籍登録番号 <input type="checkbox"/> 薬剤師名簿登録番号 <input type="checkbox"/> 看護師籍登録番号等 <input type="checkbox"/> その他（ ）	昭和・平成・令和 年 月 日 第 号
ふりがな 氏名	
研修を修了した場合、厚労省 HPに氏名及び所属の公開に 対する同意	同意する ・ 同意しない
生年月日（年齢）	昭和・平成 年 月 日（ 歳）
所属医師会名	医師会
研修会当日に 連絡可能な連絡先	
受講決定通知・修了書の 送付先住所	〒
メールアドレス	@
昼食の希望	希望する ・ 希望しない ※ 「希望する」の場合、研修当日受付時に500円（予定）を頂きます

※1 当該欄は、修了証及び修了報告で使用しますので、楷書で正確にもれなくご記入ください。

※2 受講決定者には、研修会開催日の概ね2週間前までに受講決定通知書を送付します。