

総合病院 聖隷浜松病院

人生の最終段階を支えるチームケア研修会

参加申込書

氏名： \_\_\_\_\_

所属施設名・部署： \_\_\_\_\_ 職種： \_\_\_\_\_

住所： （施設・自宅）

〒 \_\_\_\_\_

TEL： \_\_\_\_\_

E-Mail： \_\_\_\_\_

経験年数： \_\_\_\_\_ 年

（看護師の方のみ）ホスピス・緩和ケア病棟の臨床経験年数： \_\_\_\_\_ 年

緩和ケアやエンド・オブ・ライフ・ケアに関する研修の受講回数： \_\_\_\_\_ 回

ロールプレイの経験がありますか ある・ない

日頃業務されているなかで「こんなとき、どうすればいいんだろう」  
など判断に迷われる場面がありますか（差し支えなければ簡単にご記入ください）

この研修会で学びたいことや要望などありましたらご自由に記載してください

<申し込み・問い合わせ先>

総合病院 聖隷浜松病院 がん診療支援センター事務室 （平日 9:00～17:00 まで）

住所： 〒430-8558 静岡県浜松市中区住吉 2-12-12

TEL： 053-474-2614

FAX： 053-474-2615