

平成●●年●●月●●日

●●県知事 殿

特定非営利活動法人 日本緩和医療学会  
理事長 ●● ●● 印

確認依頼書

下記の緩和ケア研修会について、単位型研修会として、「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」（平成20年4月1日付け健発第0401016号厚生労働省健康局長通知）に準拠した内容であることの確認を依頼します。また、下記に記載された以外の点については、同指針に準拠した内容であることを主催者が確認しています。

記

- 1 緩和ケア研修会の名称：つくば緩和ケア研修会
- 2 緩和ケア研修会の内容：別添2のとおり
- 3 主催者等
  - (1) 主催者：特定非営利活動法人 日本緩和医療学会
  - (2) 共催者、後援者等：つくば病院、つくば医師会
- 4 開催日及び開催地
  - (1) 開催日：平成●●年●●月●●日～平成●●年●●月●●日  
(実質的な研修時間：●●時間●●分)
  - (2) 開催地：●●県●●市
- 5 緩和ケア研修会の実施担当者
  - (1) 研修会主催責任者数：●名
  - (2) 研修会企画責任者数：●名
  - (3) 研修会協力者数：●●名
  - (4) 緩和ケア研修会の実施担当者の所属、氏名及び経歴：別添1のとおり
- 6 参加者
  - (1) 予定参加者数：●●名
  - (2) 参加者の要件：がん診療に携わる医師
  - (3) ワークショップ及びグループ演習におけるグループごとの人数：  
●名程度から ●名程度まで
- 7 緩和ケア研修会進行表：別添2のとおり