

2025年度 がん診療連携 医療従事者研修

がん看護研修〈演習編〉申込書

申込書とがん看護研修〈基礎編〉受講証のコピーを

下記申込時に写真画像もしくはPDFを添付して、ご送付お願いいたします。

ご施設名：

部署名：

お名前：

看護師経験年数：

年

受講決定通知送付先：メールアドレス

(電話番号)

参加を希望されるコマすべてに ○ をつけてください			
2025年9月28日(日)		2025年10月5日(日)	
第1回 9:30-12:30 がん性疼痛 マネジメント	第2回 13:30-16:30 意思決定支援	第3回 9:30-12:30 症状マネジメント統合演習	第4回 13:30-16:30 全人的理解

申込締切：2025年9月1日（月）12時までに申し込みください

【申し込み お問い合わせ】

電話：077-548-3625

E-mail:iryog@belle.shiga-med.ac.jp

滋賀医科大学医学部附属病院 医事課

申込時のメールの【件名】は「2025年度がん看護研修【演習編】申し込み」
とご表記ください