

平成 29 年 度

在宅緩和医療（医師・スタッフ）養成コース
（公開講座）

募 集 要 項



北陸高度がんプロチーム養成基盤形成プラン

福 井 大 学

在宅緩和医療（医師・スタッフ）養成コース

○目的

本コースは、病院と在宅において緩和ケアに関わる医療従事者を対象としたコースです。

本コースでは、身体疼痛と障害の緩和、終末期医療、栄養治療、精神緩和その他、全人的緩和について学びます。

また、在宅移行を目的とした入院治療から実際の在宅緩和ケアまで学びます。

○受講対象者

- ・すべての医療関係者

○修了証の発行

修了者には、本コースの修了証を発行します。

○修了要件

(1) 北陸がんプロ e-learning 講義から下記3科目の受講（必修）

科目名	科目内容
がん緩和医療学特論	がん緩和療法に用いる薬剤の作用を理解し、緩和療法とはどのようなものであるかを認識する。緩和療法・支持療法における和漢薬の使い方についても理解を深める。
臨床栄養学特論	がん診療における栄養摂取、代謝などの変化を理解し、がん診療に必須の栄養学を多方面からのアプローチで習得する。
在宅緩和医療特論	入院から在宅移行に必要な、がん性疼痛、身体障害の緩和、終末期医療、栄養治療、精神緩和その他、がんの各時期における全人的緩和の技術について学ぶ。

受講方法：『e-learning』方式

ご自宅のパソコンからがんプロのホームページにアクセスし受講します。

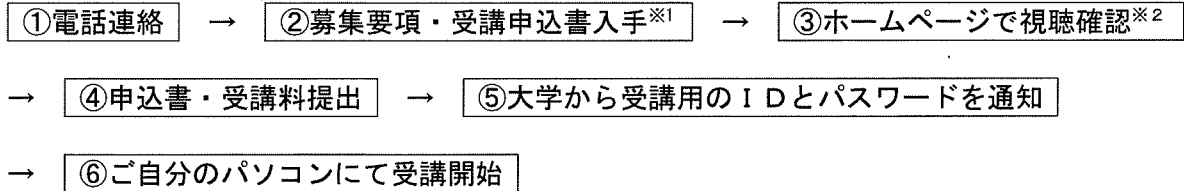
(2) 緩和ケアチーム主催のがんプロ・がんセンターボード症例検討会への出席（2回）

日時、発表症例等の詳細についてはがんプロのホームページに掲載されるほか、メール案内をします。

※なお、がん診療連携拠点病院における「緩和ケア研修会」の修了者は、医師、スタッフに関わらず、がんセンターボード症例検討会（2回分）の出席とみなします。

○受講手続きについて

(1) 受講までの流れ (e-learning 講義)



(2) 開講期間

平成29年4月～平成30年3月

[窓口業務は平日の10時～17時まで行っています。]

(3) 受講申込み書類等

①受講申込書 (所定用紙)

②職種の免許証 (写)

③受講料 1,000円

*入金された受講料は、原則として返還できませんので、ご注意ください。

(4) 受講申込み方法

I. 窓口にて提出する方法

→必要書類を持って福井大学松岡キャンパス総務室総務・企画係まで直接お越しください。

II. 郵送する方法

→電話連絡の上①②を下記受講申込み先まで郵送してください。

I、IIとも③受講料は「銀行振込」でお願いします。

【振込先】

銀行名 福井銀行 本店営業部

口座番号 普通預金 6008282

口座名義 国立大学法人 福井大学 出納担当役 有田 孝一
ダイ) フクイダイガク

(※) 振込手数料は振込人負担でお願い致します。

(注) 銀行振込の後、振込みを証明する振込金受取書・受付書 (窓口の場合)、振込証明書 (ATM) および、ネットバンキング利用による銀行振込の場合は、振込明細書、銀行からの振込確認メールのコピーのいずれかを、受講申込書の裏面にある受講料領収書コピー貼付欄に貼付してください。

(※) 恐れ入りますが、受講申込みを明確にするために、振込者氏名の前に「K1711」を記載してください。【例: K1711 振込者氏名】

(5) 受講申込み先・照会先

〒910-1193 福井県吉田郡永平寺町松岡下合月 23-3

福井大学 総務部 松岡キャンパス総務室 総務・企画係

TEL : 0776-61-8206

E-mail: gpro-fukui@ml.cii.u-fukui.ac.jp

※1 募集要項・受講申込書が必要な方は、総務・企画係まで電話でご連絡ください。

※2 e-learning 講義の受講に伴い、申込み前に必ず <http://www.gan-pro.com> にアクセスし、受講者向け視聴確認から視聴確認用の教材コンテンツ (オリエンテーション教材) 【Adobe Flash 形式】が視聴可能な環境にあるか確認してください。教材が視聴できないと申込みまれても受講できないことがありますので、ご注意ください。

北陸高度がんプロチーム養成基盤形成プラン(在宅緩和医療養成コース)

公開講座受講申込書

申込日 平成 年 月 日		福井大学		
フリガナ		男・女	生年月日	19 年 月 日
氏名			職業	
住所	(〒 -)			
電話番号	- -			
PCアドレス				

* 勤務先の場合、必ず、申込者本人と連絡を取ることができる電話番号、PCアドレスを記載してください。

医師 <small>(医師免許・学位(博士)・専門医・認定医の内容を記載してください。)</small>	勤務先			
	取得年月	取得内容	免許番号等	
	年 月			
	年 月			
	年 月			

医療スタッフ <small>(看護師・薬剤師・栄養士)</small>	資格取得年月日	年 月 日	取得内容	
	職 歴			
	年 月			
	年 月			
	年 月			

受講料	¥1,000
-----	--------

(銀行振込:受講料領収書コピー貼付欄)