

旭川がんのリハビリテーション研修会募集要項

がんのリハビリテーション研修会は「がんのリハビリテーション」に精通した人材の育成と「がんのリハビリテーション」の普及を目的に実施しています。平成26年度から、各都道府県での研修会開催が可能になり、がん患者リハビリテーション料に関する施設基準のうち「適切な研修」の要件を満たすものです。

研修会名	旭川がんのリハビリテーション研修会
主 催	旭川がんのリハビリテーション研修会実行委員会
開催日程	H29年11月11日(土)9:00~19:10~11月12日(日)9:00~15:20
開催場所	北都保健福祉専門学校 2階第1臨床講堂(旭川市緑が丘東1条2丁目1-28)
募集定員	24施設96名
応募資格	①研修終了後、施設内で指導や研修ができる立場の方を選出してください ②医師1名、看護師1名、および作業療法士、理学療法士、言語聴覚士の中から2名で、同一施設からのチーム参加が必須です ③1施設からの応募は上記①、②の条件を満たしている4名となります
修了条件	受講修了証は同じ人による完全受講が条件で、2日目の最終セッション終了後にお渡しいたします。
参加費用	一施設60,000円
申込方法	別紙申し込み用紙に必要事項を記入の上、下記連絡先にFAXして下さい。
募集期間	平成29年8月28日(月)9:00開始~9月8日(金)締切とします。 (先着順と致します)
受講決定について	①道内の医療機関を優先に致します ②2組以上での申し込みについては、1組目を優先的に決定させていただき、2組目以降は締め切り後に空きがある場合に限り、希望のあった施設にご連絡させていただきます ③申し込み順に順位付けを行い、上位の施設から順に受講候補施設とします ④受講候補施設に後日受講内諾通知をメール配信いたします。受講内諾通知に記載されている振込口座に受講費の振込みをお願いいたします ⑤振込期間内の入金を確認できた時点で申し込み完了、受講決定となります ⑥期日以内に入金を確認できない場合は次の候補施設へ受講の案内をさせていただきます。 ⑦申し込み完了後の返金は原則的にいたしかねます。 ⑧募集期間前のお申し込みは無効といたします

連絡先

〒078-8510 旭川市緑が丘東2条1丁目1-1 旭川医科大学病院リハビリテーション部
旭川がんのリハビリテーション研修会事務局 村岡 法彦
TEL : 0166-69-3550 FAX : 0166-69-3551

FAX 番号 0166-69-3551 (リハビリテーション部 村岡 宛て)

旭川がんのリハビリテーション研修会申し込み用紙

(申し込み期間 平成 29 年 8 月 28 日～9 月 8 日)

申し込み施設名 _____

申し込み者 医 師

(漢字) _____ 経験年数 _____ 年

(カタカナ) _____

看護師

(漢字) _____ 経験年数 _____ 年

(カタカナ) _____

(PT・OT・ST)

(漢字) _____ 経験年数 _____ 年

(カタカナ) _____

(PT・OT・ST)

(漢字) _____ 経験年数 _____ 年

(カタカナ) _____

※ カッコ内の PT・OT・ST の職種は、忘れずに選択して下さい。

受講決定書郵送先

郵便番号 〒 _____

住 所 _____

担当者名 _____

電話番号 _____

メールアドレス _____