

令和8年度「がん等の診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」(集合研修)
開催のご案内

2007年がん対策基本法に基づくがん対策推進基本計画では、「すべてのがん診療に携わる医師が研修等により、緩和ケアについての基本的な事項を習得する」ことが求められています。

これを受け、厚生労働省の開催指針に沿った緩和ケア研修会を開催いたしますのでお知らせいたします。

記

- 主 催： 独立行政法人地域医療機能推進機構 埼玉メディカルセンター
日 時： 令和8年10月18日(日) 9:00~17:00(受付 8:40)
場 所： さいたま市浦和区北浦和 4-9-3
埼玉メディカルセンター 本館3階 大会議室1・2・3
参加費： ￥1,000.- (税込み) テキスト代等(研修会修了証郵送料を含む)
※昼食は各自でご用意ください。
当日受付時に徴収いたします。なお、つり銭のないようお願いいたします。
対象者： がん診療に携わる医師 若干名
申し込み時点で PEACE プロジェクトの e-learning の受講を修了していること(修了後2年以内)。
【e-learning 受講サイト】 <https://peace.study.jp>
申込方法： メールまたは郵送
受講申込書に緩和ケア研修会 e-learning 修了証(メールの場合は PDF 化された電子データを添付、郵送の場合は原本を同封)を添えて下記連絡先宛にお申し込みください。
修了証書： 本研修会を修了すると、厚生労働省健康・生活衛生局長より修了証書が交付されます。(欠席、遅刻、早退されますと交付されません。)
申込期限： 令和8年8月31日(月)
※定員に達した場合は募集を締め切ります。
連絡先： 〒330-0074 さいたま市浦和区北浦和 4-9-3
JCHO 埼玉メディカルセンター
担当：総務企画課 大河内
TEL 048-832-4951 E-mail: kenshu@saitama.jcho.go.jp

以上

開催日：令和 8 年 10 月 18 日（日）

令和 8 年 独立行政法人地域医療機能推進機構埼玉メディカルセンター
がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会

受講申込書

申請日 年 月 日

ふりがな		性別	男 ・ 女
氏 名	※医師免許に記載されている氏名を楷書でご記入ください。	年齢	歳 ※令和 8 年 10 月 18 日現在
住 所	勤務先 ・ 自宅 〒 ※修了書等の送付先になりますので、必ず受領できる住所をご記入ください。		
TEL	※緊急時も含め連絡のつきやすい番号をご記入ください。		
FAX			
E-mail			
勤務先 (施設名)			
職種	☐ 医師 ☐ 歯科医師 ☐ 専攻医 (年目) ☐ 研修医 (年目)		
専門科			
役 職			
医籍番号			
臨床経験	年	緩和医療経験	年
e-learning ID		受講修了日	年 月 日
氏名・所属の 公開	☐ 可 ☐ 不可 ※可とされた場合、厚生労働省、埼玉県 HP の修了者一覧に氏名と所属が掲載されます。		

※ 領収証を受講者氏名以外の宛名で発行ご希望の場合は、下記に希望の宛名をご記入ください。

領収証宛名	
-------	--

＜申込方法＞ 受講申込書に緩和ケア研修会 e-learning 修了証（メールの場合は PDF 化された電子データを添付、郵送の場合は原本を同封）を添えて、E-mail または郵送にて下記宛にお申し込みください。定員に達した場合は募集締切となります。

＜申込先＞ 独立行政法人地域医療機能推進機構 埼玉メディカルセンター 緩和ケア研修会担当
〒330-0074 さいたま市浦和区北浦和 4-9-3
TEL：048-832-4951 E-mail：kenshu@saitama.jcho.go.jp

※申込受付完了のご連絡は記載のメールアドレス宛にいたします。

当アドレスからのメールを受信できるように設定をお願いいたします。

総務企画課：大河内