令和○年○月○日

○○○○病院

院長　○○　○○　様

○○県都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会

緩和ケア部会長

○○○○病院

緩和医療科長　○○　○○

**がん診療連携拠点病院の緩和ケア提供体制に関するピアレビューについて（通知）**

拝啓　時下、益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

この度、○○県都道府県がん診療連携拠点病院緩和ケア部会では、○○県内の拠点病院の緩和ケアに関するPDCAサイクルを構築するため、ピアレビュー（オンライン開催）を実施することとなりました。

　つきましては、別紙の実施概要をご一読いただきまして本趣旨についてご理解をお願いするとともに、下記の要領にて貴施設の職員の方々にご協力をお願い申し上げます。

敬具

記

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 調査日時
 | 平成○年○月○日（○）○:○　～　○:○ |
| 1. 調査者
 | ○○病院　○○科　○○　○○○○病院　○○科　○○　○○○○病院　○○科　○○　○○ |
| 1. ご協力をお願いする貴施設職員
 | ○○科　○○　○○○○科　○○　○○○○科　○○　○○ |
| 1. 問い合わせ先
 | ○○県都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会緩和ケア部会　実地調査事務局○○病院担当　○○　○○TEL: 00-0000-0000　E-mail: aaaa@aa.aa.jp |