【様式１】

平成　　　年　　　月　　　日

**所属施設長からの申請書**

国立研究開発法人

国立がん研究センター理事長　殿

郵便番号

所在地

施 設 名

役 職 名

施設長名　　　　　　　　　　　　(公印)

下記メンバーは「平成29年度　第1回　都道府県がん診療連携拠点病院緩和ケアセンター指導者研修」の受講を希望するため、必要書類を添えて申請します。

記

（受講希望者の情報をご記入ください。）

□　職種：医師（緩和ケアセンター長）

所属部署　　　　　　　役職名

□　職種：看護師（ジェネラルマネージャー）

所属部署　　　　　　　役職名

* 職種：

所属部署　　　　　　　役職名

□　職種：

所属部署　　　　　　　役職名

【様式２】

**受 講 希 望 理 由 書**

平成　　　年　　　月　　　日

国立研究開発法人

国立がん研究センター理事長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　代 表 者 氏 名　　　　　　　　　　　　印

所 属 部 署

役 職 名

平成29年度　第1回　都道府県がん診療連携拠点病院緩和ケアセンター指導者研修について、下記の理由で受講を希望します。

＜施設に関する情報＞

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 病床数 | 床 | | 平均在院日数 | 日 | |
| 緩和ケアセンターの整備時期 | | 平成　　　　年　　　　　月 | | | |
| 過去1年間の緩和ケアチームの  新規診療症例数 | | 入院　　　　　　件 | | | 外来　　　　　　件 |

＜希望理由＞

|  |
| --- |
|  |