

令和元年 9 月 10 日

石川県

がん診療連携拠点病院

がん診療連携協力病院

がん診療連携推進病院 病院長

石川県がん診療連携協議会 研修・連携部会

部会長 矢野 聖二

令和元年度 石川県がん相談研修会の開催について（ご案内）

拝啓

貴院におかれましてはますますご清栄のこととお慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さてこの度、下記のとおり令和元年度石川県がん相談研修会を開催いたします。つきましては、ご多忙のことと存じますが、是非ご参加いただきたくご案内申し上げます。

敬具

記

日 時：令和元年 12 月 14 日（土） 13:00～17:00

会 場：石川県立中央病院 3 階 会議室 2

〒920-8530 石川県金沢市鞍月東 2 丁目 1

目 的：相談対応の質の向上のための観点を学ぶ

テ ー マ：相談対応の質保証（QA：Quality Assurance）を学ぶ

講 師：国立がん研究センターがん対策情報センター 八巻 知香子氏

内 容：講義 グループワーク

対 象 者：がん相談支援センターに属するがん専門相談員

定 員：30 名

主 催：石川県がん診療連携協議会 研修・連携部会

共 催：石川県

申込方法：添付の参加申込書にて、10 月 4 日（金）必着で F A X してください。

F A X 送信先：小松市民病院 がん相談支援センター

F A X：0761-22-7199

修 了 証：本研修修了者に修了証を発行致します。

30 分以上遅刻された場合は発行できません。

補 足：定員を上回る申し込みがあった場合は、各施設の受講優先順位を考慮し受講者を決定いたします。受講決定された方には、10 月下旬までに受講決定通知書を送付します。

事前課題があります。11 月中に、音声事例を相談支援担当者連絡会名簿に登録されたアドレスへメールいたします。評価表にご記入の上、研修会にご参加ください。

以上

問合せ先

金沢大学附属病院 がん相談支援センター 岩谷／大森

電話：076-265-2040（直通）

令和元年度石川県がん相談研修会（12/14）参加申込書

F A X 送信先

小松市民病院　がん相談支援センター

F A X（直通）：　0761-22-7199

送信票は不要です。このままF A Xしてください。

施設名：

受講 優先順位	参加者名	専従・専任・ 兼任	研修受講歴 I・II・III・未	がん相談 従事年数
例：	○○　○○	専従	Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・未	3　年
1			I・II・III・未	年
2			I・II・III・未	年
3			I・II・III・未	年
4			I・II・III・未	年
5			I・II・III・未	年
6			I・II・III・未	年
7			I・II・III・未	年
8			I・II・III・未	年
9			I・II・III・未	年
10			I・II・III・未	年

*お申込み締切　10/4（金）必着