

令和〇年〇月〇日

〇〇〇〇病院
院長 〇〇 〇〇 様

〇〇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
〇〇〇〇病院
緩和医療科長 〇〇 〇〇

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、〇〇県都道府県がん診療連携拠点病院緩和ケア部会では、〇〇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

- 調査日時 平成〇年〇月〇日（〇） 〇:〇 ~ 〇:〇
- 調査者 〇〇病院 〇〇科 〇〇 〇〇
〇〇病院 〇〇科 〇〇 〇〇
〇〇病院 〇〇科 〇〇 〇〇
- ご協力をお願いする
貴施設職員 〇〇科 〇〇 〇〇
〇〇科 〇〇 〇〇
〇〇科 〇〇 〇〇
- 問い合わせ先 〇〇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
〇〇病院
担当 〇〇 〇〇
TEL: 00-0000-0000 E-mail: aaaa@aa.aa.jp