様式１

e-learning 修了証書

（参加者の氏名）

（ID）

あなたは、厚生労働省が定める緩和ケア研修会（e-learning）の受講を修了したことを証します。

西暦 　年 　 月 　 日

（e-learning 管理責任者名）

　※本修了証書は、緩和ケア研修会（e-learning）の交付日から２年間有効です。

様式２

第　　　　　号

修了証書

（参加者の氏名）

あなたは、（集合研修の名称）を修了したことを証します。

西暦　　年　　月　　日

（主催者名）　　印

（集合研修の名称）主催者殿

本研修は「がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針」（平成29年12月１日付け健発１２０１第２号厚生労働省健康局長通知の別添）に準拠したものであり、緩和ケア研修会を修了したものであると認めます。

西暦　　年　　月　　日

厚生労働省健康局長　（健康局長名）　　印

様式3

西暦　　年　　月　　日

厚生労働省健康局長　殿

（主催者名）印

確認依頼書

下記の緩和ケア研修会（集合研修）として、「がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針」（平成29年12月１日付け健発１２０１第２号厚生労働省健康局長通知の別添）に準拠した内容であることの確認を依頼します。なお、下記に記載された以外の点については、同指針に準拠した内容であることを主催者が確認しています。

記

１　集合研修の名称：

２　主催者等

1. 主催者：
2. 共催者、後援者等：

３　開催日及び開催地

（１）開催日：　西暦　　年　　月　　日

　　（実質的な研修時間：　　　時間）

（２）開催地：　　　都道府県　　　市

４　集合研修の実施担当者

（１）集合研修主催責任者数：　　名

（２）集合研修企画責任者数：　　名

（３）集合研修協力者数：　　　　名

（４）集合研修事務担当者数：　　名

（５）集合研修の実施担当者の所属、氏名、職種：様式４のとおり

５　参加者

（１）予定参加者数：　　　名

（２）グループ演習におけるグループごとの人数：　　名から　　名まで

（３）ロールプレイングによる演習におけるグループごとの人数：　名から　名まで

６　集合研修進行表：（様式５）のとおり

様式４

集合研修実施担当者一覧表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **実施担当者の区分** | **氏名** | **所属** | **職種** | **その他１）** |
| 集合研修主催責任者 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 集合研修企画責任者 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 集合研修  協力者2) |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 集合研修事務担当者 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |

１）集合研修企画責任者においては、指導者研修会の受講年度、種別を記載すること。

（平成28年度以前の精神腫瘍学指導者研修会修了者は、集合研修企画責任者のための講習についても記載すること。）

２）集合研修協力者は、多職種の者により構成されることが望ましい。

様式５

集合研修進行表

集合研修の名称：

**プログラム**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **開始時間** | **終了時間** | **所要時間** | **内容** | **対応する開催指針**  **の項目番号** | **担当者** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

１） 「がん患者等の療養場所の選択、地域における連携、在宅における緩和ケアの実際」（開催指針の項目番号（２）②イ）の演習につ いては、地域連携や在宅医療等に携わる者と共に地域の状況や多職種連携を反映することが望ましい。

２） 「がん等の緩和ケアにおけるコミュニケーション」（開催指針の項目番号（２）③ア）の演習については、精神腫瘍学指導者研修会 修了者及びがん告知に関する経験が豊富な緩和ケア指導者研修会修了者と共に行うことが望ましい。

|  |  |
| --- | --- |
| 総集合研修時間 |  |

様式６

西暦　　年　　月　　日

厚生労働省健康局長　殿

（主催者名）印

修了報告書

下記の医師について、「がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針」（平成29年12月１日付け健発１２０１第２号厚生労働省健康局長通知の別添）に準拠した緩和ケア研修会（集合研修）を修了したことを報告します。

記

１　集合研修の名称：

２　主催者等

1. 主催者：
2. 共催者、後援者等：

３　開催日及び開催地

（１）開催日：　西暦　　年　　月　　日

　　（実質的な研修時間：　　　時間）

（２）開催地：　　　都道府県　　　市

４　集合研修の実施担当者

（１）集合研修主催責任者数：　　名

（２）集合研修企画責任者数：　　名

（３）集合研修協力者数：　　　　名

（４）集合研修事務担当者数：　　名

５　集合研修の修了者

（１）修了者の人数：　　　名（医師・歯科医師　　名、それ以外の職種　　名）

（２）修了者番号、氏名、医籍登録番号、所属、所属科、職種並びに氏名及び所属・

　　　所属科を公開することについての本人の同意の可否：（様式７）のとおり

　６ 事前申請した様式４と５についての内容変更の有無：

（変更が有る場合は、変更を反映した様式４と５を添付すること。）

様式７

集合研修修了者名簿

都道府県：

集合研修の名称：

開催日 ： 西暦　　年　　月　　日

修了者の人数： 名

医師・歯科医師　合計　　名

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **修了者番号** | **氏名** | **医籍登録番号1）** | **所属** | **所属科** | **同意の**  **可否２）** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

１）歯科医師の場合は、歯科医籍登録番号

２）氏名及び所属・所属科を公開することについての本人の同意の可否

医師・歯科医師以外の職種　合計　　名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **修了者番号** | **氏名** | **所属** | **職種（国家資格等）** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |