

西暦 年 月 日

厚生労働省健康・生活衛生局長 殿

(主催者名)

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 1 2 0 1 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