様式６

西暦　　年　　月　　日

厚生労働省健康・生活衛生局長　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。）