

e-learning 修了証書

千葉 花子

(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。

第 号

修了証書

県 HP に参考様式がありますので、
「緩和ケア研修会修了証書番号(例)」
を参考にご記入ください。

【例】千葉総合病院
千総第 2020 001 号

↑ 年度 ↑ 年度発行番号



(参加者の氏名)

確認依頼書(様式3)の集合研修の名称と合わせる

あなたは、(集合研修の名称) を修了したことを証します。

集合研修修了日の日付

西暦 年 月 日

確認依頼書(様式3)の主催者・
病院長名と合わせる(正式名称)

押印すること

千葉総合病院 病院長 千葉 太郎 印

確認依頼書(様式3)の集合研修の名称と合わせる

(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 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。

集合研修修了日の日付を必ず記載

西暦 年 月 日

「緩和ケア研修会の内容確認につ
いて」の別添「集合研修終了後の対
応について」に記載の健康・生活衛
生局長名を必ず確認してください

押印スペース 3cm
四方を空けてください

厚生労働省健康・生活衛生局長 (健康・生活衛生局長名) 印

※様式3～5は、集合研修会開催日の2か月
前までに県へ提出してください。
また、提出が遅れる場合は、県担当者宛
てにご連絡をお願いします。

様式 3

西暦 年 月 日

厚生労働省健康・生活衛生局長 殿

千葉総合病院 病院長 千葉 太郎 印

確認依頼書

主催者・病院長(理事長)・氏名

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）

様式5の「総集合研修時間」を記入

（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

様式4と合わせてください

（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

4名以上10名以下

（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

2名以上4名以下

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	1名以上設置			
集合研修企画 責任者	1名以上設置			【例】 HO年度 緩和ケア指導者研修会修了 HO年度 精神腫瘍学指導者研修会修了
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。

集合研修進行表

様式3「確認依頼書」の集合研修の名称を記載

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
9:00	9:30	30	受付		
9:30	9:45	15	開会・開催にあたって		
9:45	10:30	45	e-learning の復習・質問		
10:30	10:40	10	休憩		
10:40	12:30	110	コミュニケーション（ロールプレイング）	(2) ③ア	
12:30	13:20	50	昼食・休憩		
13:20	13:40	20	アイス・ブレイキング		
13:40	15:10	90	全人的苦痛に対する緩和ケア（グループ演習）	(2) ②ア	
15:10	15:20	10	休憩		
15:20	16:50	90	療養場所の選択と地域連携（グループ演習）	(2) ②イ	
16:50	16:55	5	休憩		
16:55	17:10	15	がん患者等への支援	(2) ④	
17:10	17:30	20	ふりかえりと修了式		

ロールプレイングは2名以上4名以下のグループに分かれ、2グループ当たり1名以上の集合研修協力が者が担当すること。
下記2)を確認の上、担当者全員の氏名を記入してください。

グループ演習は4名以上10名以下のグループに分かれ、1グループ当たり1名以上の集合研修協力が者が担当すること。
下記1)を確認の上、担当者全員の氏名を記入してください。

- 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	6 時間 4 5 分
---------	------------

「受付」、「休憩」、「昼食時間」を除いた
所要時間の合計。
原則5時間 30 分以上を基本とする。

※様式6及び7は、集合研修の終了後
速やかに作成し、県に提出をお願いします。

様式6

西暦 年 月 日

厚生労働省健康・生活衛生局長 殿

千葉総合病院 病院長 千葉 太郎 印

修了報告書

主催者・病院長(理事長)・氏名

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：

確認依頼書(様式3)の集合研修の名称と合わせる
- 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

確認依頼時から変更があった場合、
変更後の人数を記入
- 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：

変更なし：無
変更あり：有(様式○)

(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： 千葉県

集合研修の名称：

確認依頼書(様式3)の集合研修の名称と合わせる

開催日：西暦 年 月 日

修了者の人数： 名

医師・歯科医師 合計 名

[illegible]

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

[illegible]