

超少子高齢化地域での先進的がん医療人養成  
「がんゲノム医療生涯教育コース」  
(インテンシブ)

平成30年度  
募 集 要 項

本コースは、地域でがん医療に携わる医師の職能を高めるコースです。

金沢大学大学院医薬保健学総合研究科

## 募集コース名

### 「がんゲノム医療生涯教育コース」(インテンシブ)

#### 1 概要

北信地域は全国と比較し、15年以上進んだ超少子高齢化状態にあり、将来の日本を反映したモデル地域であることから「超少子高齢化地域での先進的がん医療人養成」をテーマに県を超えた北信地域での戦略的がん医療人育成システム構築を目指します。

北信4県(石川県、富山県、福井県、長野県)6大学(金沢大学、信州大学、富山大学、福井大学、金沢医科大学、石川県立看護大学)の強みを生かした相互補完的教育の実施、症例数が少ないがんでも効率よく経験できる遠隔教育・研修システムの確立、北信地域全体の症例・がん医療のデータベース化による医療実態の把握等に取り組み、多様な新ニーズに対応した患者中心のチーム医療を行うことができるがん医療人育成モデルを確立します。

本コースでは、e-learningによる講義やTV会議システムを活用した演習を用いて、遺伝子解析に基づいた分子標的治療や免疫チェックポイント阻害薬による治療の概要を理解し、多職種と連携して実地医療における個別化医療を実践できる医師及び歯科医師を養成します。

#### 2 開講期間

平成30年4月～(※随時受け付けております。)

#### 3 募集定員

6名(制限定員ではありません。)

#### 4 出願資格、出願手続

##### 1) 出願資格

地域でがん診療に携わる医師及び歯科医師

##### 2) 出願書類提出窓口

〒920-8640 金沢市宝町13番1号 医学類B棟1階

金沢大学 北信がんプロ事務局

TEL 076-234-4205 FAX 076-265-2855

E-mail gpro@med.kanazawa-u.ac.jp

3) 出願書類

- ・履修申請書

5 受講料

受講料は、無料です。

6 修了要件

北信がんプロフェッショナル授業科目 3 単位以上取得

授業科目の名称	単位数 ( 選択 )	単位認定要件
がんゲノム学特論	1	<b>e-learning + セミナー出席</b> (北信がんプロオンコロジーセミナー 又はがんライフステージ事例検討会)
小児・AYA 世代・希少がん特論	1	
在宅緩和ケア特論	1	
老年医療学特論	1	
北信オンコロジーセミナー (年 4 回)	1	北信がんプロオンコロジー セミナーに <b>5 回出席で 1 単位</b>
がんライフステージ演習 (年 8 回)	1	がんライフステージ事例検討会に <b>5 回出席で 1 単位</b>

7 修了証の発行

修了者には、本コースの修了証を発行します。

8 認定証の発行

本コースを修了された方は、「NPO法人北信がんプロ認定機構 (仮)」から認定されます。

修了認定費用は、1,000 円です。

詳細は、ホームページにて公開予定です。

管理者印	金沢大学 事務局確認印	受付担当印

文部科学省・先進的医療イノベーション人材養成事業  
超少子高齢化地域での先進的がん医療人養成（北信がんプロ）

## 履 修 申 請 書

平成 年 月 日

『超少子高齢化地域での先進的がん医療人養成』コースの履修を希望しますので次のとおり申請いたします。（※裏面もご記入ください）

申請する 教育コース (※申込されるコース の数字を○で囲んで ください。)	イン テン シ ブ コ ー ス	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 がんゲノム医療生涯教育コース/金沢大学</li> <li>2 がん個別化薬物療法実践薬剤師コース/金沢大学</li> <li>3 高齢がん患者対策専門コース/富山大学</li> <li>4 高齢化した地域医療を個別化医療で支えることができる専門的薬剤師養成コース /富山大学</li> <li>5 在宅がん緩和リハビリテーションコース/富山大学</li> <li>6 在宅栄養管理コース/福井大学</li> <li>7 在宅緩和医療コース/福井大学</li> <li>8 がんプロフェッショナル専門医養成系コース/金沢医科大学</li> <li>9 がん集学的治療医養成コース/金沢医科大学</li> <li>10 がんライフケアコース/石川県立看護大学</li> </ol>
(ふりがな) 氏 名 ・ 印		⑩
生年月日 年齢・性別	昭和 ・ 平成	年 月 日生 ( 才 男 / 女 )
現住所	(〒	— )
電話番号 電子メール	—	—
	[PC]	@
	[携帯]	@

<b>学歴</b> (大学卒業以降)	≪記入例≫ 平成25年3月 ○○大学 医学部医学科 <input checked="" type="checkbox"/> 卒業	
	年 月	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込み
	年 月	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込み
<b>勤務先情報</b>	勤務先名	
	所属部署	職名
	住所(〒 — )	
<b>免許</b> (登録番号含む)	昭和・平成 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 医師免許 医籍登録：第 号	
	<input type="checkbox"/> 看護師免許 <input type="checkbox"/> 薬剤師免許 <input type="checkbox"/> その他[ ] 登録番号：第 号	
<b>資格</b> *指定医・専門医等 (登録番号を含む)		
<b>職歴</b> *期間・勤務先・ 職種等	≪記入例≫ 平成25年4月1日～ 現在 ○○大学附属病院 研修医	
	年 月 ～ 年 月	
	年 月 ～ 年 月	
	年 月 ～ 年 月	
<b>業績</b> (公表論文・研究 報告)		

[申請書作成要領]

1. 所定の様式で作成すること。(複数頁にわたっても結構です。)
2. 氏名は戸籍に記載された字体により記入すること。
3. 該当する口欄にチェックを付けてください。
4. FAX (265-2855)、e-mail (gpro@med.kanazawa-u.ac.jp)  
 または郵送にてがんプロ事務局(金沢市宝町13-1)まで、ご提出ください。