

平成30年度
北信がんプロ
がんライフケアコース
(インテンシブコース)

募 集 要 項

本コースは、北信4県においてテレビ会議システムやWeb会議システムを利用して、看護師や薬剤師、医師、理学療法士など多職種で、緩和ケア、がんリハビリ、化学療法・放射線治療法などを受ける患者事例について意見交換をおこない、各ライフステージに応じたケアの知識・技術を深めることを目的としています。

石川県立看護大学

本コースの概要

本コースは、北信4県においてテレビ会議システムやWeb会議システムを利用して、看護師や薬剤師、医師、理学療法士など多職種で、緩和ケアや、がんリハビリ、化学療法・放射線療法などを受ける患者事例について意見交換をおこない、各ライフステージに応じたケアの知識・技術を深めることを目的としています。当大学で実施するライフステージ事例検討会では、専門看護師や多職種によるミニレクチャーも行っております。また、北信がんプロに基づくe-learning、またはがんプロ全国e-learningクラウドの科目からがん患者のケアに必要な知識を習得します。

1 募集コース名

「北信がんプロ がんライフケアコース」

2 開講期間 平成30年4月～12ヵ月

3 募集定員 5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

北信4県内の病院に勤務し、がん患者のケアに携わる（あるいは携わる予定の）医療職者

(2) 出願書類提出窓口

石川県立看護大学 教務学生課
〒929-1210 石川県かほく市学園台1-1
TEL076-281-8302 FAX076-281-8309
E-mail kyo@ishikawa-nu.ac.jp

(3) 出願期間

随時

(4) 出願書類

・がんライフケアコース申請書

5 受講料

無料

6 受講科目

(1) がんライフステージ演習（ライフステージ事例検討会）

毎月1回開催のライフステージ事例検討会

（北信がんプロテレビ会議システムにて開催）

(2) 以下の北信がんプロ e-learning または、がんプロ全国 e-learning クラウド

<http://pj2.md.tsukuba.ac.jp/pj2/login.php> の科目

※平成31年2月15日（金）までに受講してください。

7 本コースの修了要件

・以下の(1)・(2)を満たすこと。

(1) 石川県立看護大学主催の「ライフステージ事例検討会」を6回以上受講

※ただし、北信がんプロ主催の公開講座、リンパ浮腫研修の受講をした場合は、事例検討会2回分の受講と振り替えできるものとする。リンパ浮腫研修を受けない看護師以外の医療職者は、e-learningの1科目の受講で事例検討会2回分と振り替えする

(2) 北信がんプロ e-learning の科目または、がんプロ全国 e-learning クラウド

<http://pj2.md.tsukuba.ac.jp/pj2/login.php> のうち1科目以上の受講

（過去5年以内に受講している場合は不要です）

8 修了証について

本コースの修了者には、「修了証」を発行します。

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	<ul style="list-style-type: none"> 1 がんゲノム医療生涯教育コース/金沢大学 2 がん個別化薬物療法実践薬剤師コース/金沢大学 3 高齢がん患者対策専門コース/富山大学 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 5 在宅がん緩和リハビリテーションコース/富山大学 6 在宅栄養管理コース/福井大学 7 在宅緩和医療コース/福井大学 8 がんプロフェSSIONAL専門医養成系コース/金沢医科大学 9 がん集学的治療医養成コース/金沢医科大学 10 がんライフケアコース/石川県立看護大学
(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]	@

学歴 (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
勤務先情報	勤務先名	
	所属部署	職名
	住所(〒 —)	
免許 (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	
資格 *指定医・専門医等 (登録番号を含む)		
職歴 *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	
業績 (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。