

「和歌山県においてがん診療に携わる医師以外の医療従事者に対する緩和ケア研修会」

参加者名簿

病院名

職種	職種登録番号	ふりがな 氏名	職種経験年数 及び がん関係研修受講経験の有無	参加日	昼食の手配 (有料)	質問事項 解答欄
・看護師 ・薬剤師 ・その他 〔 〕		(ふりがな)  (氏名)	年  (研修受講)  有・無	・2日間 ・初日のみ ・2日目のみ	・2日間 ・初日のみ ・2日目のみ ・不要	
・看護師 ・薬剤師 ・その他 〔 〕		(ふりがな)  (氏名)	年  (研修受講)  有・無	・2日間 ・初日のみ ・2日目のみ	・2日間 ・初日のみ ・2日目のみ ・不要	
・看護師 ・薬剤師 ・その他 〔 〕		(ふりがな)  (氏名)	年  (研修受講)  有・無	・2日間 ・初日のみ ・2日目のみ	・2日間 ・初日のみ ・2日目のみ ・不要	

【質問事項】

「WHO方式がん疼痛治療について知っていますか？」 (解答欄に番号記入)

- 1 よく知っている
- 2 ある程度知っている
- 3 どちらともいえない
- 4 あまり知らない
- 5 まったく知らない