



2026 年度緩和ケア研修会 開催します！



がん診療に携わる全ての医療従事者が基本的な緩和ケアについて正しく理解し、緩和ケアに関する知識や 技術、態度を修得することを目的に、がん診療連携拠点病院等が開催しています。

研修を修了された方には、厚生労働省健康局長及び研修会主催者の連名による修了証書を交付いたします。また、医師による研修会の修了は、以下の診療報酬項目の算定要件の一つになります。

緩和ケア診療加算（一般病棟入院基本料等）	外来緩和ケア管理料
有床診療所緩和ケア診療加算（有床診療所入院基本料等）	在宅緩和ケア充実診療所・病院加算（往診料等）
緩和ケア病棟入院料	在宅療養実績加算2（往診料等）
がん性疼痛緩和指導管理料	在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料
がん患者指導加算料	

今年度も院内外のがんに携わる医療従事者の方の参加を募り、対面での研修会を開催する運びとなりました。

日 時 2026 年 5 月 30 日（土）9：00～17：00 頃（開場 8：30）

場 所 松戸市立総合医療センター 2 階大会議室

研 修 すべてのがん診療に携わる医師、歯科医師及び看護師、薬剤師等のがんに関する医療

対 象 者 従事者

定 員 40 名（定員を超える場合は千葉県医師を優先とさせていただきます）

参 加 費 無料 ※昼食については各自持参でお願いします

受講方法 「集合研修」を受講する前に、事前に「e-learning」を受講することが必須となります。受講終了し、修了証書が発行されたら申込方法に沿ってお申込みください。

【e-learning 受講サイト】

厚生労働省がん等の診療に携わる医氏等に対する緩和ケア研修会 e-learning
<https://peace.study.jp/rpv/>

※医師で大学在籍中に医師番号登録なく受講されている場合は、再登録・再受講が必要です。

研修会当日はスマートフォン・タブレット端末、e-learning 受講時に用いた ID・パスワードをご準備ください。

申込方法 参加申込用紙に「e-learning 修了証書」を添えて、5月11日（月）17時までに Fax で下記へお申し込みください。受講決定者には 2 週間前までに受講決定通知書を郵送いたします。

※定員になり次第募集を締め切りますので、お早めにお申し込みください。

問合せ先 松戸市立総合医療センター がん診療対策室

TEL：047-712-2511 FAX：047-712-2573

※音声案内「6 番」を押し、オペレーターにお申し付けください。

(松戸市立総合医療センター 緩和ケア研修事務担当 宛て)

千葉県緩和ケア研修会申込書

ふりがな				
氏名 必ず医籍登録の氏名・字体で記載		(男 ・ 女)		
e-learning ID				
職種 ※注1		・医師 ・歯科医師 ・薬剤師 ・看護師 ・その他()		
所属医療機関名				
所属診療科(所属部署)		医籍登録番号 医籍登録年	第 昭和・平成	号 年
職種に対する経験年数		年目	役職名	
修了証書送付先 ※どちらか選択してください	・所属	〒 ー		
	・自宅			
連絡先	TEL	()		
	E-mail			
国・千葉県が氏名及び所属を公開することについて ※		・承諾します ・承諾しません		
参加希望研修会場名		松戸市立総合医療センター 大会議室		
参加希望研修開催日		西暦 2026 年 5 月 30 日		
e-learning受講状況(注2)		e-learning修了証書の添付が必要です		
		e-learning修了年月日 西暦 年 月 日 ※e-learning修了証書の交付日が集合研修の予定日から2年以内であること		

注1：※の箇所は、該当するものを○で囲んでください。

※ 緩和ケア研修会当日の持ち物

○ スマートフォン・タブレット端末

○ e-learning受講時に用いたIDおよびパスワード

記入後、参加希望研修会主催者まで郵送、FAXまたはメールをお願いします。

(松戸市立総合医療センター 緩和ケア研修事務担当 宛て)

千葉県緩和ケア研修会申込書

ふりがな	まつど たろう		
氏名 必ず医籍登録の氏名・字体で記載	松戸 太郎 (<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女)		
e-learning ID	※e-learning受講時設定したものを記載してください。		
職種 ※注1	<input checked="" type="radio"/> 医師 ・ 歯科医師 ・ 薬剤師 ・ 看護師 ・ その他()		
所属医療機関名			
所属診療科(所属部署)	診療局	医籍登録番号 医籍登録年	第 号年 昭和・平成
職種に対する経験年数	1年目	役職名	初期研修医
修了証書送付先 ※どちらか選択してください	・所属 ・自宅	〒 - ※当院所属の方は所属に○をしてください。 ※研修会修了数ヶ月後に修了証書発行となります。 異動の予定のある方はご注意ください。	
連絡先	TEL	※当日連絡が取れる連絡先と内線番号を記載してください。	
	E-mail		
国・千葉県が氏名及び所属を公開することについて ※	<input checked="" type="radio"/> 承諾します <input type="radio"/> 承諾しません ※希望する方に○をつけてください		
参加希望研修会場名	松戸市立総合医療センター 大会議室		
参加希望研修開催日	西暦 2026 年 5 月 30 日		
e-learning受講状況(注2)	e-learning修了証書の添付が必要です		
	e-learning修了年月日 ※修了証に記載された年月日記載ください。 西暦 年 月 日 ※e-learning修了証書の交付日が集合研修の予定日から 2年以内であること		

注1：※の箇所は、該当するものを○で囲んでください。

※ 緩和ケア研修会当日の持ち物

- スマートフォン・タブレット端末
- e-learning受講時に用いたIDおよびパスワード

記入後、参加希望研修会主催者まで郵送、FAXまたはメールをお願いします。