様式3

西暦　　年　　月　　日

厚生労働省健康・生活衛生局長　殿

（主催者名）印

確認依頼書

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１２０１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）

（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

（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

（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