（様式１）

令和元年　月　日

山口県健康福祉部医務保険課長　様

医療機関名

所　　　属

職　　　種

　氏　　　名　　　　　　　　　　　　　　　印

受講推薦希望書

　私は、「患者の意向を尊重した意思決定のための指導者研修会」について、以下のとおり推薦要件を満たしますので、受講者として推薦いただきますようお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| 要　　　件 | 充足状況※ |
| ①　原則として、研修会受講時点において人生の最終段階における医療・ケアに携わる医療従事者としての経験が５年以上であること（ただし、初期研修等の期間を除く。）。 | 経験年数：　　年 |
| ②　今後、本事業に協力し、全国各地方において開催される「患者の意向を尊重した意思決定のための研修会　相談員研修会」に、年１回以上企画者又はファシリテーターとして参加すること。 | 同意します |
| ③　本研修会に２日間連続で参加すること。 | 参加します |
| ④　本研修会を終了したことについて、厚生労働省及び都道府県担当課に対して、氏名、所属及び連絡先と併せて報告することに同意すること。 | 同意します |
| ⑤　本研修終了後に本事業に関する調査等に協力すること。 | 同意します |

* 下線部について、受講推薦希望者の状況を記載