

3) がん患者リハビリテーションに関する研修についてご回答ください。

3-A 平成26年4月～平成27年8月の期間においてがん患者リハビリテーションについて開催した研修会

実施日	内容	参加者人数 (人)	参加者内訳 (人)						
			院内 (人数をご記入下さい)						
	(がん患者リハビリテーション料に係る研修の有無、研修の目的及び内容についてご記入ください。)		医師	理学療養士	作業療法士	看護師	言語聴覚士	その他 (事務職を除く)	
			院外 (人数をご記入下さい)						
			医師	理学療養士	作業療法士	看護師	言語聴覚士	その他 (事務職を除く)	

3-B がん患者リハビリテーションについて計画中の研修会 (今年度又は来年度に開催を予定している研修会)

開催予定 時期	内容	参加予定人数 (人)	対象職種の内訳 (研修対象の職種に○をご記入下さい)						
			院内						
	(がん患者リハビリテーション料に係る研修の有無、研修の目的及び内容についてご記入ください。)		医師	理学療養士	作業療法士	看護師	言語聴覚士	その他 (事務職を除く)	
			院外						
			医師	理学療養士	作業療法士	看護師	言語聴覚士	その他 (事務職を除く)	

～アンケートにご記入いただきありがとうございました。
 お手数ですが、10月9日(金)までに同封の返信用封筒によりご返信下さい。～