**特定非営利活動法人 日本緩和医療学会**

**認定研修施設　プログラム確認書　[新規申請]**

・緩和医療に関わる臨床研修プログラム　　　　　　　　　□有　　　　　　　　□無

(施設研修プログラムもしくはプログラム項目ではなく、独立したプログラムです)

※「有」の場合、プログラム内容が確認できる資料を添付してください。

　 「有」の場合、ご選択下さい

・上記プログラムに基づく研修体制　　　　　　　　　□有　　　　　　　　□無

・プログラム作成者

（委員会・部会での作成の場合は代表者名を記載ください）

・指導管理責任者

（緩和医療研修の責任者を指します　設置されていない場合は不在と記載ください）

　※指導管理責任者欄が空欄の場合は、「不在」とみなしますのでご注意ください。

こちらは必ず、診療施設概要書と合わせてご提出下さい。