

様式5の2

がん性疼痛緩和指導管理料の施設基準に係る届出書添付書類

緩和ケアの経験を有する医師の氏名等	氏名	研修の有無
		有 ・ 無
		有 ・ 無
		有 ・ 無
		有 ・ 無
		有 ・ 無
		有 ・ 無
		有 ・ 無

[記載上の注意]

緩和ケアの経験を有する医師について、緩和ケアの指導に係る研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。