

(別紙)

第4回藤枝市立総合病院 ELNEC-J コアカリキュラム看護師教育プログラム

参加申込書

下記の事項をご記入の上、下記申込先までFAXまたは郵送でお申し込みください。

申込日	平成 30 年 月 日
-----	-------------

フリガナ					
氏名		年齢	歳	性別	男・女
所属施設					
所属部署					
施設の住所	(〒 -)				
連絡先	電話		FAX		
	E-Mail				
看護師経験年数	年	EOL(エンドオブライフ)に関する研修経験	有 ・ 無		
緩和ケア経験年数	年	ロールプレイ学習経験回数	回		
専門看護師・認定看護師資格	有 (資格名:) ・ 無				
お弁当注文	10月20日 10月21日 (希望する日を○で囲んでください)				

【申し込み・お問い合わせ】

藤枝市立総合病院 医療情報室 診療情報分析係 塩澤
〒426-8677 藤枝市駿河台4丁目1番11号
電話：054-646-1111 (代)
FAX：054-646-1330
E-Mail：him@hospital.fujieda.shizuoka.jp