（別紙）

第５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 | 令和元年　　　月　　　日 |  |
|  |  |
| フリガナ |  | 年齢 | 歳 | 性別 | 男・女 |
| 氏　名 |  |
| 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(ｴﾝﾄﾞｵﾌﾞﾗｲﾌ)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 | 11月9日（土）　11月10日（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