

(別紙)

第7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、下記申込先までご持参ください。

申込日	令和3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	11月6日(土) 11月7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

【研修会企画責任者】看護部 水島史乃 PHS : 3021

【研修会事務局】医療情報分析室 診療情報分析係 増田弥生 内線 : 7441