

(別紙)

第8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またはメールでお申し込みください。

申込日	令和4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		
オンライン研修 受講経験	有 ・ 無					
オンライングループ ワーク経験	有 ・ 無					
専門看護師・ 認定看護師資格	有 (資格名:) ・ 無					

申し込み・お問い合わせ

【研修会企画責任者】緩和ケアセンター 水島史乃

【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: 7440

TEL: 054-646-1111 FAX: 054-646-1330

E-Mail him@hospital.fujieda.shizuoka.jp