

(別紙)

第9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 E-mail でお申し込みください。

申込日	令和5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		
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				
お弁当注文	要 (11/4 ・ 11/5 ・ 2日間) ・ 不要 ※○で囲って下さい。				

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 古瀬雅彦

TEL : 054-646-1111 (代) FAX : 054-646-1330

E-mail : him@hospital.fujieda.shizuoka.jp