（別紙）

第11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７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 | 当日連絡の付く電話番号を記入してください |
| 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 |
| 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（ 11/22 ・ 11/23 ・ 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】看護部　遠藤

【研修会事務局】医療情報分析室　長谷川

TEL：054-646-1111㈹　FAX：054-646-1330

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