（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