（別紙）

第3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または郵送でお申し込みください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込日 | | 平成　29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 | | |
| 専門看護師・  認定看護師資格 | | 有（資格名：　　　　　　　　　　　　　　）　・　　無 | | | | | | | | | |
| お弁当注文 | | 10月14日　10月15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】

藤枝市立総合病院　医療情報室　病歴係　小檜山

〒426-8677　藤枝市駿河台４丁目１番１１号

電話：054-646-1111（代）

FAX ：054-646-1330

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