

第6回朝倉医師会病院ELNEC-Jコアカリキュラム

看護師教育プログラムの「受講申し込み用紙」

①～⑨の項目を漏れなくご記入の上、FAXでお申し込みください。

① 氏名（ふりがな）

② 郵便番号

住所（施設・自宅）

③ TEL()

④ 施設名・所属

 役職 ()

⑤ 看護師経験年数

 年

⑥ がん看護の経験年数

 年

⑦ ホスピス・緩和ケア病棟の臨床経験年数

 年

⑧ 現在の勤務 緩和ケア病棟、 一般病棟、 外来、 訪問看護ステーション
 施設、 その他 ()

⑨ 看とりの経験の有無

 有 無

※ 申し込みを頂いたのちに、こちらから受講案内を送らせていただきます。

申し込み×切期日後、1週間を経過しても返信が無い場合は、下記にご連絡頂きますよう、よろしくお願い申し上げます。

〒838-0069 福岡県朝倉市来春422-1

電話番号：(0946) 23-0077 FAX (0946) 23-0076

事務局担当：朝倉医師会病院 がんサポートチーム

溝上 千代美