第5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. ～⑩の項目をもれなくご記入の上、FAXでお申し込みください。
2. 氏名（ふりがな）
3. 郵便番号〒

 住所（施設・自宅）

1. TEL( ) ―
2. E-Mail
3. 施設名・所属
4. 臨床経験年数　　　　　　年
5. がん看護経験年数　　　　　　年
6. ホスピス・緩和ケア病棟の臨床経験年数　　　　　　年
7. 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（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

⑩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。

申し込み〆切期日後、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あげます。

〒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　　溝上　千代美