第3回緩和ケア看護師教育プログラム　参加申込書

ふりがな

氏名：

所属施設名・部署：

住所： （施設・自宅）※受講決定通知書を送付するために必要です。

〒

TEL： 　　**※当日連絡可能な連絡先をご記入ください**

E-Mail ：

臨床経験年数： 　　年

がん看護経験年数：　　　　　　　　年

ホスピス・緩和ケア病棟の臨床経験年数： 　年

緩和ケアに関する研修の受講回数： 　回

＜申し込み方法＞

参加申込書ご記入の上、ＦＡＸまたはメールで申し込みください。

※山口大学病院の方は、緩和ケアセンターまでご提出ください。

＜問い合わせ先＞

山口大学医学部附属病院 緩和ケアセンター事務局　担当者：三上

住所：宇部市南小串１－１－１

TEL：0836-85-3070 　　　FAX：0836-85-3071

E-Mail ：y-kanwa@yamaguchi-u.ac.jp

申し込み締め切り日：平成３１年３月１８日（月）