

山口大学医学部附属病院
第7回 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

氏 名：_____

所属施設名：_____ 部署：_____

住 所：（ 施設 ・ 自宅 ） ※受講決定通知書・冊子等をお送りする際に必要です。
〒

TEL：_____ ※当日連絡可能な連絡先をご記入ください。

E-Mail：_____ ※ZOOMのミーティング情報を送付する際に必要です。

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

緩和ケアやエンド・オブ・ライフ・ケアに関する研修の受講回数：_____ 回

< 申し込み方法 >

参加申込書に必要事項をご記入のうえ、FAXまたはメールで申し込みください。

< 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：松原

TEL：0836-85-3070

FAX：0836-85-3071

E-Mail：y-kanwa@yamaguchi-u.ac.jp

申し込み締切日：2022年12月26日（月）