

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)