山口大学医学部附属病院

第4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

ふりがな

氏名：

所属施設名・部署：

住所： （施設・自宅）

〒

TEL：

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＞

参加申込書ご記入の上、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](mailto:y-kanwa@yamaguchi-u.ac.jp)

申し込み締め切り日：平成３０年５月１８日（金）