浜の町病院
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：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所属部署（緩和ケア病棟・外来など）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住所：　（施設・自宅）どちらかに〇をつけてください

〒

＿＿

TEL：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

E-Mail　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

臨床経験年数：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿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

ロールプレイ研修の受講回数：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿回

お弁当の注文（１食 1,080 円）：10/6（　要・不要　），10/7（　要・不要　）

要・不要のいずれかに〇をつけてください

＜申し込み・問い合わせ先＞

国家公務員共済組合連合会　浜の町病院　　実施責任者：野口　玉枝

住所：〒810-8539 福岡市中央区長浜３丁目３番１号

TEL：　092-721-0831（代）　　FAX：　　092-714-3262

E-Mail　：　noguchi-t@hamanomachi.jp

参加決定については、可否に関わらず後日実施責任者より連絡させていただきます。
8 月 31 日を過ぎても連絡がない場合は、お手数ですが直接実施責任者までご確認ください。