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 1,000 円（ 税抜 ）: 11 / 3 （　要・不要　）, 11/4 （　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。
9 月 30 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。