

医療法人徳洲会 岸和田徳洲会病院
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・部署： _____

住所： （施設・自宅）

〒

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

参加動機： _____

<申し込み・問い合わせ先>

医療法人徳洲会 岸和田徳洲会病院 担当者：操野

住所：〒596-8522 大阪府岸和田市加守町 4-27-1

TEL：072-445-9915 FAX：072-445-9791

必要事項をご記入のうえ FAX でお申込みください。