

参加申込書

2017 ELNEC-J in 十和田コアカリキュラム  
看護師教育プログラム  
参加申込書

氏名 \_\_\_\_\_

郵便番号 \_\_\_\_\_

住所（施設・自宅）  
\_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

施設名・所属 \_\_\_\_\_

臨床経験 \_\_\_\_\_ 年

エンド・オブ・ライフに関する研修の受講回数 \_\_\_\_\_ 回

連絡先：

〒034-0093

十和田市西12番町14-8

十和田市立中央病院 担当：気田

TEL 0176-23-5121 内線 2022

FAX 0176-21-1215（医事課）

申し込みは、お一人1枚の用紙で、FAXにてお申し込みください。