

参加申込書

平成 30 年度 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 2021

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。