

参加申込書

令和2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

施設名 \_\_\_\_\_

所属（〇〇科病棟・△△科外来等） \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

郵便番号 \_\_\_\_\_

住所（施設） \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

臨床経験 \_\_\_\_\_ 年

ロールプレイ経験 \_\_\_\_\_ 有 ・ 無

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

十和田市西十二番町 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。