

尾道市立市民病院
2019 年度 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（必ず記載してください：修了証発行のため）

氏名：_____

所属施設名・部署：_____

住所：（施設・自宅）

〒

連絡先 TEL：_____

E-Mail：_____

臨床経験年数：_____ 年目（2019 年 4 月 1 日時点で）

ホスピス・緩和ケア病棟や緩和ケアチームの経験の有無： あり ・ なし

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

ロールプレイの経験の有無： あり ・ なし

参加動機：（研修を受講することにより、どうなりたいか。）
