

尾道市立市民病院
2017 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

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 (2017 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。) _____