

ELNEC-J 看護師教育プログラム「受講申し込み用紙」

①～⑩の項目をご記入の上、下記のメールアドレスまたは FAX にてお申し込みください。

①氏名（ふりがな）： _____（ _____ ）

②所属施設名・部署（職位）： _____

③住所：（施設・自宅）〒 _____

④TEL：（ _____ ） _____

⑤E-Mail（受信可能なものとしてください）： _____

⑥臨床経験年数：（ _____ ）年 ⑦認定・専門の有無：分野（ _____ ）

⑧がん看護の臨床経験年数：（ _____ ）年

⑨ロールプレイの経験の有無： あり なし

⑩現在の勤務： 一般病棟、外来、訪問看護、緩和ケア病棟、

その他（ _____ ）

【申込方法】 FAX またはメールでお申し込みください

※メールでお申し込みの場合、件名を「ELNEC 申込み」とし、本文に上記内容をご記入の上お送りください。

【申込・問い合わせ先】

京都中部総合医療センター 地域医療連携室 担当者：山本伊佐雄
看護部 担当者：碓井寛子

TEL：0771-42-5061 FAX：0771-42-5071

E-Mail：ijika@kyoto-chubumedc.or.jp