

ELNEC-J 舞鶴医療センター  
コアカリキュラム看護師教育プログラム2019

参加申込書

(ふりがな)

■氏名： \_\_\_\_\_

■所属施設名・部署： \_\_\_\_\_

■職位： \_\_\_\_\_

■住所：(施設・自宅)

〒 \_\_\_\_\_

■TEL： \_\_\_\_\_

■E-Mail： \_\_\_\_\_

■臨床経験年数： \_\_\_\_\_ 年

■がん看護にたずさわっていた年数： \_\_\_\_\_ 年

■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： \_\_\_\_\_ 有 ・ 無 (どちらかに○をしてください)

<申し込み・問い合わせ先>

独立行政法人国立病院機構舞鶴医療センター 事務部管理課 担当者：山本

〒625-8502 京都府舞鶴市字行永2410番地

TEL：0773-62-2680 FAX：0773-63-5332

E-mail：yamamoto.masao.qz@mail.hosp.go.jp