

長田病院 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

氏名 _____

郵便番号 _____

住所（施設・自宅）

TEL _____

FAX _____

E-Mail _____

施設名・所属 _____

臨床経験 _____ 年

エンド・オブ・ライフに関する研修の受講回数 _____ 回

専門看護師・認定看護師の資格 （ なし・あり）
ありの場合分野名：（ _____ ）

連絡先：
〒832-0059

長田病院 担当：石橋 あかね

TEL 0944-72-9607 _____

FAX 0944-72-0642 _____

E-Mail _____ akane-i@seiwakai.info _____