

* 新型コロナウイルスの蔓延状況により中止になる可能性があることを予めご了承ください。

令和3年度 ELNEC-J in 十和田コアカリキュラム
看護師教育プログラム
参加申込書

施設名 _____

所属（〇〇科病棟・△△科外来等） _____

氏名 _____

郵便番号 _____

住所（施設） _____

TEL _____

FAX _____

臨床経験 _____ 年

ロールプレイ経験 _____ 有 ・ 無

エンド・オブ・ライフに関する研修の受講回数 _____ 回

連絡先：

〒034-0093

十和田市西十二番町 14-8

十和田市立中央病院 担当：気田

TEL 0176-23-5121 内線 2021

FAX 0176-21-1215（医事課）

申し込みは、お一人1枚の用紙で、FAXにてお申し込みください。