

飯田市立病院  
ELNEC-J コアカリキュラム看護師教育プログラム 2024

参加申込書

フリガナ

①氏名： \_\_\_\_\_

②所属施設名・部署： \_\_\_\_\_

③住所： （施設・自宅）

〒 \_\_\_\_\_

TEL： \_\_\_\_\_ FAX： \_\_\_\_\_

④E-Mail（携帯不可）： \_\_\_\_\_

⑤臨床経験年数： \_\_\_\_\_ 年      ホスピス・緩和ケア病棟の臨床経験年数： \_\_\_\_\_ 年

⑥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

⑦ロールプレイ経験      有      無

⑧受講動機

⑨講義の参考にさせていただきますので、身体症状で学びたい項目2つに○をして下さい。

食欲不振      悪心・嘔吐      便秘      全身倦怠感      呼吸困難      浮腫

《受講手続き》

- 1 申込方法      FAX（0265-21-1266）または電子メールによる申込みになります。  
「参加申込書」に必要事項を記入のうえFAXによりお送りください。  
電子メールの場合は必要事項①～⑧を記載してsyomu@imh.jpまでお送りください。
- 2 申込書受付の案内  
「参加申込書」を受付しだい、申込者あてに受領確認と参加費のご案内をFAX又は電子メールでお送りします。  
お申し込み後、1週間以内にこちらから連絡がない場合には、お手数ですがお問合せください。
- 3 申込期間      令和6年6月19日(水)～8月19日(月)