

長野赤十字病院 2023ELNEC-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（ふりがな）： \_\_\_\_\_

所属施設名・部署： \_\_\_\_\_

住所： （施設・自宅） ←どちらかに○をしてください

〒 \_\_\_\_\_

TEL： \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

E-Mail（PCメールが受信できるアドレス）： \_\_\_\_\_

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

緩和ケアやエンド・オブ・ライフケアの経験年数： \_\_\_\_\_ 年

緩和ケアやエンド・オブ・ライフ・ケアに関する研修の受講経験：    あり    なし

受講動機

講義の参考にさせていただきますので、学びたい症状に○をつけてください（2～3個）  
呼吸困難    食欲不振    悪心・嘔吐    便秘    全身倦怠感    浮腫

<申し込み・問い合わせ先>

長野赤十字病院    がんサポートセンター    担当者：佐藤恵子

住所： 長野県長野市若里 5-22-1

TEL:026-226-4131（代）    FAX:026-226-6114

E-mail    ganshinryo@nagno-med.jrc.or.jp