**第8回　ELNEC-J＠KINDAI**

**コアカリキュラム看護師教育プログラム**

**研修受講申し込み用紙**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 氏名
 |  |
| 1. ふりがな
 |  |
| 1. 郵便番号
 |  |
| 1. 住所（施設・自宅）
 |  |
| 1. TEL
 |  |
| 1. E-Mail

(携帯電話アドレスは不可) |  |
| 1. 勤務先・所属
 |  |
| ⑧臨床経験年数(〇年目) | 　　　　　　年目 |
| ⑨ラダー(所属施設でラダーがあれば記載) |  |
| ⑩現在の勤務場所 | □緩和ケア病棟　□一般病棟　□外来　□その他 |
| ⑪現在の勤務場所での経験 | 　　　　　　年目 |
| ⑫エンド・オブ・ライフに関する勤務経験年数 | 　　　　　　年目 |

＊参加者多数の場合はお断りすることがありますのでご了承ください。

受講通知は6月初旬ごろにメールにてお知らせさせていただきます。

７月に入っても連絡がない場合は、下記にご連絡いただきますよう、よろしくお願い申し上げます。

**お問合せ:** **kindai-elnec-j@med.kindai.ac.jp**

**近畿大学病院**

**〒589-8511**

**大阪府大阪狭山市大野東377-2**

**072-366-0221 (代表)**

**対応時間：平日 9:00-16:30**

**・申し込み手続き：看護部事務(2239)**

**・研修内容など：緩和ケアセンター 竹久(5349)**