

第5回知多半島ELNEC-Jコアカリキュラム 看護師教育プログラム参加申込用紙

下記に必要事項を記入し、FAX（0562-33-0010）にてお送りください。

2023年1月6日（金） 必着

定員になり次第募集終了とさせていただきます。

フリガナ		看護職経験年数	年
氏名			
自宅住所	〒		
電話番号			
E-mailアドレス			
※ リモート開催を予定していますので、十分なネット環境での参加（できれば有線の準備・パソコン）をお願いします。			
勤務先名称			
勤務先住所	〒		
勤務先電話番号			
受付証送付先	どちらかに○を付けてください。 < ご自宅 ・ 勤務先 >		
所属部署の主な診療領域			
専門・認定資格の有無	どちらかに○を付けてください。 < 有（資格名： ） ・ 無 >		
患者の看取り経験	どちらかに○を付けてください。 < 有 ・ 無 >		
ロールプレイ経験	どちらかに○を付けてください。 < 有 ・ 無 >		
オンライン研修経験	どちらかに○を付けてください。 < 有 ・ 無 >		
今回の研修で学びたいこと等			

記載されました内容は、この研修に関するご連絡等のみ使用させていただきます。

公立西知多総合病院 患者サポートセンター

FAX : 0562-33-0010（患者サポートセンター直通）