

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 2025

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 F A X によりお送りください。
電子メールの場合は必要事項①～⑨を記載して s y o m u @ i m h . j p 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 F A X 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 7 年 6 月 1 1 日(水) ～ 8 月 1 9 日(火)