

長田病院 ELNEC-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 \_\_\_\_\_

郵便番号 \_\_\_\_\_

住所（施設・自宅）  
\_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

施設名・所属 \_\_\_\_\_

臨床経験 \_\_\_\_\_ 年

エンド・オブ・ライフに関する研修の受講回数 \_\_\_\_\_ 回

連絡先：  
〒832-0059

長田病院 緩和ケア病棟 担当：石橋 あかね

TEL 0944-72-9607 \_\_\_\_\_

FAX 0944-72-0642 \_\_\_\_\_

E-Mail akane-i@seiwakai.info \_\_\_\_\_