

長田病院
ELNEC-J 高齢者カリキュラム看護師教育プログラム
参加申込書

氏名： _____

所属施設名・部署： _____

住所： （所属施設・自宅）

〒

TEL： _____

E-Mail： _____

臨床経験年数： _____ 年

高齢者ケアの経験年数： _____ 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の有無： 有 ・ 無

資格（認定看護師・専門看護師）： _____

<申し込み・問い合わせ先>

長田病院 担当者：江崎宣子

住所：福岡県柳川市下宮永町 523-1 _____

TEL：0944-72-9607 FAX：0944-72-0642 _____

E-Mail：buko@seiwakai.info _____