

高知県看護協会
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： _____

所属施設名・部署： _____

住所： _____（施設・在宅）

〒 _____

TEL： _____

E-Mail _____

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

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

会員情報 • 会員 • 非会員

<申し込み・問い合わせ先>

高知県看護協会 担当：村上 和子

住所：高知市朝倉己825-5

TEL：088-844-0678 FAX：088-844-0053

E-Mail： info@kochi-kangokyokai.or.jp

※ 研修会当日、お弁当の注文を希望する人は○を入れてください。お茶付き 500 円です。

- 10月21日（土）
- 10月22日（日）