

お申込先FAX番号：0166-26-0008

平成28年度 市立旭川病院
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

施設名

住 所

電 話

F A X

御氏名	所属部署	看護師経験	緩和ケア経験	ロールプレイ経験
(フリガナ)		年	年	回
(フリガナ)		年	年	回
(フリガナ)		年	年	回

- ※1 「フリガナ」は必ず御記入ください。氏名票の作成に使用いたします。
- ※2 申込多数の場合には、調整により参加希望に添えない場合がございます。あらかじめ御了承ください。
- ※3 調整後、お申込みいただいた皆様に通知をお送りさせていただきます。

[市立旭川病院ELNEC-J事務局]
市立旭川病院 地域医療連携課（担当：藪）
〒070-8610 旭川市金星町1丁目1番65号
電 話：0166-24-3181（内線5373）
F A X：0166-26-0008