

平成29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： \_\_\_\_\_

郵便番号：〒 \_\_\_\_\_

住所： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

FAX番号： \_\_\_\_\_

代表者名： \_\_\_\_\_

氏名	部署	看護師経験 (年齢)	緩和ケア経験	ロールプレイ 経験回数
フリガナ -----		年 (才)	年	回
フリガナ -----		年 (才)	年	回
フリガナ -----		年 (才)	年	回

※氏名票等の作成に使用しますので、「フリガナ」は必ずご記入ください。

※お申込み多数の場合は先着順にてお受けいたします。状況により参加希望に添えない場合がございますので、あらかじめご了承ください。

※調整後、お申込みいただいた皆様全員に通知を郵送させていただきます。

【お申込みFAX】0166-26-0008

【お問い合わせ】

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

TEL：0166-24-3181 (内線5373)

FAX：0166-26-0008