

JCHO 神戸中央病院
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

フリガナ

氏名 _____

所属施設名： _____ 部署： _____

連絡先 TEL： _____ （当日連絡可能な連絡先）

メールアドレス： _____

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

関心のある症状マネジメント（3つまで選択可）

☐ 疼痛 ☐ 呼吸困難 ☐ 食欲不振 ☐ 悪心・嘔吐 ☐ 全身倦怠感
☐ せん妄 ☐ 不安 ☐ 抑うつ

緩和ケアやエンド・オブ・ライフ・ケアに関する研修の受講について： _____ 回

受講動機（複数選択可）

☐ 上司から勧められた ☐ 同僚から勧められた ☐ 以前から受講を希望していた
☐ 受講料が無料 ☐ 受講場所が近い ☐ 研修内容に興味があった
☐ エンド・オブ・ライフケアに興味がある

☐ その他（ _____ ）

《受講手続き》

1 申込方法

FAX もしくは E-mail による申込みになります。

「参加申込書」に必要事項を記入のうえ FAX・E-mail によりお送りください。

2 申込書受付の案内

「参加申込書」を受付しだい、申込者あてに受領確認のご案内を電子メールでお送りしま
す。お申し込み後、1週間以内にこちらから連絡がない場合は、お手数ですがお問い合
わせください。（上記 FAX もしくは E-mail にて）

3 申込期間 令和 5 年 9 月 25 日(月) ～ 10 月 20 (金) 16 時

* 先着順とし、定員に達した場合は募集を締め切りますのでご了承ください