ELNEC-Jコアカリキュラム　申込書

**ｉｎ　川崎市立井田病院**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **メールアドレス（事前に資料等をメールでお送りいたします）**　　　　　　　　　　　　**＠** |
|  |
| **連絡の取れる電話番号・あればＦＡＸ番号**TEL　　　　－　　　　－　　　　（携帯・自宅・職場）FAX　　　　－　　　　－　　　　（自宅 ・ 職場） |
| **住　所** | 〒　　　－（自宅・職場） | **年齢**　　　　　　歳 |
| **経験年数** | 看護師経験年数　　　　　　　年ホスピスまたは緩和ケア病棟での経験年数　　　　　　年（病院・施設・事業所名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **資格** | □認定看護師　領域名（　　　　　　　　　　　）□専門看護師　領域名（　　　　　　　　　　　）　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

FAX送信先【川崎市立井田病院庶務課　044-788-0231】宛先：看護部管理室鈴木