

あそかビハーラ病院
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

氏名： _____

所属施設名・部署： _____

住所： （施設・自宅）

〒

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

<申し込み・問い合わせ先>

あそかビハーラ病院 担当者：吉田厚子

住所：京都府城陽市奈島下の畔3-3 _____

TEL：0774-54-0120 FAX：0774-54-0121 _____

E-Mail：kanwa@asokavihara.jp