

ELNEC-J コアカリキュラム 申込書



FAX・Mail で申し込めます!!
Mailの方は下記内容を記入し
担当者まで。

in 川崎市立井田病院

FAX 送信先【川崎市立井田病院庶務課 044-788-0231】

Mail：suzuki-kar@city.kawasaki.jp 宛先：看護部管理室鈴木

フリガナ 氏 名	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（ ）	
受講理由		