

平成 30 年度旭川医科大学生涯教育講座  
旭川医科大学病院 エンド・オブ・ライフ・ケア研修会  
(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

1. 施設情報

施設名	
施設住所	(〒 - )
連絡先	担当者 : TEL : FAX : E-mail :

2. 参加者情報

(ふりがな)	
参加者氏名	
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

(ふりがな)	
参加者氏名	
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

※申込み書類内に記載いただきました個人情報、漏洩したり滅失することのないよう  
厳正に管理し、本研修会の運営目的以外には利用いたしません。

申 込 先 : 旭川医科大学総務部研究支援課社会連携係 (FAX) 0166-66-1300 (E-mail) rs-sr.g@asahikawa-med.ac.jp 申込締切 : 平成 30 年 10 月 12 日 (金)
---