別紙３

令和５年度和歌山県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　３枚中１枚目

締切　**令和５年５月１９日（金）**

＜送付先＞和歌山県がん診療連携協議会事務局　和歌山県立医科大学附属病院　経理課　黒岩

　　FAX　　　073-441-0706　　メール　　g-kenshu@wakayama-med.ac.jp

○連絡担当者情報

|  |  |
| --- | --- |
| 所属施設名・部署（担当科） |  |
| 施設住所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| E-mail　※PCメールアドレス | @ |
| 備考※連絡のつきやすい時間帯や事前に伝えておきたいこと等記載してください |  |

○受講者情報(１)

|  |  |
| --- | --- |
| 所属施設名・部署（担当科） |  |
| フリガナ |  |
| 氏名※修了証に転記しますので、正しくご記入ください。 |  |
| E-mail　※PCメールアドレス | @ |
| 臨床経験年数 | 　　　　　　年 |
| 緩和ケアやエンド・オブ・ライフ・ケアの経験年数 | 　　　　　　年 |
| 緩和ケア研修の受講歴の有無※「和歌山県においてがん診療に携わる医師及び医師以外の医療従事者に対する緩和ケア研修会」のこと | 有　・　無※いづれかに〇をしてください |

令和５年度和歌山県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　３枚中２枚目

○受講者情報(２)

|  |  |
| --- | --- |
| 部署（担当科） |  |
| フリガナ |  |
| 氏名※修了証に転記しますので、正しくご記入ください。 |  |
| E-mail　※PCメールアドレス | @ |
| 臨床経験年数 | 　　　　　　年 |
| 緩和ケアやエンド・オブ・ライフ・ケアの経験年数 | 　　　　　　年 |
| 緩和ケア研修の受講歴の有無※「和歌山県においてがん診療に携わる医師及び医師以外の医療従事者に対する緩和ケア研修会」のこと | 有　・　無※いづれかに〇をしてください |

○受講者情報(３)

|  |  |
| --- | --- |
| 部署（担当科） |  |
| フリガナ |  |
| 氏名※修了証に転記しますので、正しくご記入ください。 |  |
| E-mail　※PCメールアドレス | @ |
| 臨床経験年数 | 　　　　　　年 |
| 緩和ケアやエンド・オブ・ライフ・ケアの経験年数 | 　　　　　　年 |
| 緩和ケア研修の受講歴の有無※「和歌山県においてがん診療に携わる医師及び医師以外の医療従事者に対する緩和ケア研修会」のこと | 有　・　無※いづれかに〇をしてください |

令和５年度和歌山県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　３枚中３枚目

○受講者情報(４)

|  |  |
| --- | --- |
| 部署（担当科） |  |
| フリガナ |  |
| 氏名※修了証に転記しますので、正しくご記入ください。 |  |
| E-mail　※PCメールアドレス | @ |
| 臨床経験年数 | 　　　　　　年 |
| 緩和ケアやエンド・オブ・ライフ・ケアの経験年数 | 　　　　　　年 |
| 緩和ケア研修の受講歴の有無※「和歌山県においてがん診療に携わる医師及び医師以外の医療従事者に対する緩和ケア研修会」のこと | 有　・　無※いづれかに〇をしてください |

○受講者情報(５)

|  |  |
| --- | --- |
| 部署（担当科） |  |
| フリガナ |  |
| 氏名※修了証に転記しますので、正しくご記入ください。 |  |
| E-mail　※PCメールアドレス | @ |
| 臨床経験年数 | 　　　　　　年 |
| 緩和ケアやエンド・オブ・ライフ・ケアの経験年数 | 　　　　　　年 |
| 緩和ケア研修の受講歴の有無※「和歌山県においてがん診療に携わる医師及び医師以外の医療従事者に対する緩和ケア研修会」のこと | 有　・　無※いづれかに〇をしてください |