別紙３

（学内参加者用）

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

|  |  |
| --- | --- |
| 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。 |  |
| 所属名 |  |
| 電話番号 | * -
 |
| 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※いずれかに〇してください。 |
| 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。 |  |

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

　　電　話　　内線2270　（直通073-441-0516）

　　FAX　　　073-441-0706

　　メール　　g-kenshu@wakayama-med.ac