**令和7年度 がん看護コアナース育成セミナー 受講申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな  氏名 | |
| 看護師実務経験年数  　　　　年　　　　　ヶ月 | がん看護に携わった経験年数  　　　　　　　　　年　　　　ヶ月 |
| 所属施設名  施設住所　〒  TEL：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX：  □病院　　　□診療所　　　□介護保険施設・社会福祉施設等　　　□訪問看護事業所  □その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| TEL （ご自身に連絡がつく番号をお書きください）： | |
| 連絡用メールアドレス　　※PDF資料等を受けとることができるアドレスをお書きください | |
| 現在の職位はいずれに該当しますか？☑をつけて下さい  　　□師長　　　□主任　　　□スタッフ　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 体験研修の希望の有無と希望部署 　☑をつけて下さい  　□希望する　　　□希望しない  希望部署  （２部署まで可能です。日程はこちらで調整させていただきます）  　□がん相談支援センター □緩和ケアセンター　 □遺伝ゲノム外来  　□入退院支援センター □外来化学療法センター □ストマケア外来  　□接触嚥下看護外来　 □乳腺看護外来　 □リンパ浮腫看護外来 | |
| 講義・事例検討の参加希望　☑をつけて下さい  　□全日程  　□第1回 講義 （11/21）　　□第2回 講義 （11/28）　　□第3回 事例検討 （12/5） | |
| 受講動機を簡単にご記入ください。 | |