|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな  氏名 | | |
| 所属施設 | |  |
| 部署 | |  |
| 連絡先 | 郵便番号 | 〒 |
| 住所 |  |
| TEL  ※受講希望者と連絡がつく番号を書いてください |  |
| メールアドレス  ※PDF等の文書が届くアドレスを書いてください |  |
| 年齢 | | （　　　　　　　）歳 |
| 臨床経験年数 | | （　　　　　　　）年 |
| ホスピス・緩和ケア病棟の経験年数 | | （　　　　　　　）年 |
| 終末期患者に携わる経験年数 | | （　　　　　　　）年 |
| 緩和ケアやエンド・オブ・ライフ・ケアに  関する研修会の参加回数 | | （　　　　　　　）回 |
| 日本看護協会クリニカルラダー | | □ ラダーⅡ　□ラダーⅢ　 □ラダーⅣ　□ラダーⅤ |
| 受講動機  （簡単にお書きください） | |  |

**兵庫県立がんセンター**

　　令和６年度　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**