

ELNEC-J コアカリキュラム in 信大病院 2018 参加申込書

氏名(フリガナ): _____

所属施設名・部署: _____

住所 (施設 ・ 自宅) ←どちらかに○をしてください

〒

TEL: _____ FAX: _____

E-mail(PC メールが受信できるアドレス): _____

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・ケアの経験年数: _____ 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

受講動機

--

講義の参考にさせていただきますので、学びたい症状に○を付けてください(2~3個)

[呼吸困難 、 食欲不振 、 悪心・嘔吐 、 便秘 、 全身倦怠感 、 浮腫]

<申し込み・問い合わせ先>

信州大学医学部附属病院 信州がんセンター 緩和ケアセンター 伊藤紗弥香

〒390-8621

長野県松本市旭 3-1-1

TEL/FAX: 0263-37-2579 (緩和ケアセンター)

E-mail: pct@shinshu-u.ac.jp