**ELNEC-Jコアカリキュラムin信大病院2020　参加申込書**

氏名（ふりがな）：

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　]

＜申込み・問合せ先＞

信州大学医学部附属病院　医療支援課　医療連携係

TEL：0263-37-3391　　　FAX：0263-37-2854

E-mail：sca@shinshu-u.ac.jp