

ELNEC-J コアカリキュラム in 信大病院 2019 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