

ELNEC-J コアカリキュラム in 信大病院 2017 参加申込書

氏名（フリガナ）： _____

所属施設名・部署： _____

住所： （施設・自宅）

〒 _____

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○をつけて下さい。（2～3個）
（呼吸困難、食欲不振、嘔気・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 緩和ケアセンター 衣笠美幸

〒390-8621

長野県松本市旭 3-1-1

TEL/FAX： 0263-37-2579（緩和ケア相談室）

E-Mail： pct@shinshu-u.ac.jp