2025年度　鳥取市立病院

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

【鳥取市立病院　がん相談支援センター　行】FAX（0857）37-1558

氏名： ふりがな：

所属施設名・部署：

住所： （施設・自宅）

〒

TEL： 　　　　　　　　　FAX:

E-Mail ：

緊急連絡先：　　　　　　　　　　　　　　　（ご本人と連絡がつく連絡先でお願いします）

臨床経験年数： 　　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

ロールプレイ経験の有無：　有・無

受講希望動機（複数回答可）

1. テーマ、内容に興味がある　② 自己啓発のため　③ 職場の勧め

➃ その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

＜申し込み・問い合わせ先＞

鳥取市立病院　がん相談支援センター

担当者：衣笠、米山

住所：鳥取県鳥取市的場1-1

TEL：0857-37-1522

FAX：0857-37-1558

E-Mail：[cancer@hospital.tottori.tottori.jp](mailto:cancer@hospital.tottori.tottori.jp)