

# 第3回 エンド・オブ・ライフ・ケア研修会

ELNEC-Jコアカリキュラム看護師教育プログラム

## 受講申込書

申込方法：必要事項をご記入のうえ、下記宛先に郵送またはメール(件名:ELNEC-J研修会申込)でお申込みください。

締 切：**2018年10月5日(金)必着**(郵送の場合、当日消印有効)

申込日 2018年 月 日

ふりがな			
氏 名			
所属施設名		看護師 経験年数	
所属部署		年	
所属施設住所	〒 -		
連絡先	TEL ( )	FAX ( )	
	E-mail		
職 位			
認定・専門看護師	無・有(領域: )		
ロールプレイの経験	無・有		
看取りの経験	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1-10名 <input type="checkbox"/> 11-50名 <input type="checkbox"/> 51-100名 <input type="checkbox"/> 100名-		
関心のある症状 (いずれか3つ選択)	<input type="checkbox"/> 疼痛 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 悪心・嘔吐 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 不安・抑うつ <input type="checkbox"/> せん妄		
受講動機			

※定員を超えた場合は、選考の上受講者を決定します。  
※受講の可否については、11月初旬ごろメールにてお知らせいたします。

### 《申込先》

神戸大学医学部附属病院 がん相談室

住所：〒650-0017 神戸市中央区楠町7-5-2

Tel：078-382-5830(直通) E-mail：cancerhp-apply@med.kobe-u.ac.jp