

< 参加申込書 >

2023年度 島根県がん診療連携拠点病院 がん看護研修 がん看護コミュニケーション研修

1. 氏名 _____ 2. 年齢 _____ 歳
3. 施設名 _____
4. メールアドレス _____
(資料送付の関係上、携帯電話のアドレス以外でお願いします)
5. 部署該当するものに○をつけてください
外科系病棟 ・ 内科系病棟 ・ 外来化学療法室 ・ 外来 ・ その他 (_____)
6. 臨床経験年数 _____ 年
7. 連絡先 (書類送付等のため必要となります)
〒 _____ 住所 _____
電話番号 _____ (携帯電話等、当日連絡がとれる番号)

8. 参加動機を記入してください

[_____]

9. コミュニケーションでの困りごとを記入してください

[_____]

申込み締め切り：2023年 12月25日(月) 17時まで

FAX 送付先： **0853-88-3044** (送付状は不要です)

問い合わせ先：島根大学医学部附属病院 緩和ケアセンター 藤井愛子

TEL(直通)：0853-20-2441 E-Mail：aiko.f@med.shimane-u.ac.jp

※受講の可否については申込者全員に12月28日までに登録いただいたメールアドレスにご連絡いたします。メールが届かない場合はお問い合わせください。

※開催当日までにZoomの接続テストを行いますので、ご希望の方はご参加ください。

※欠席の場合は、必ず事前にご連絡ください

※本申込書に記載して頂いた個人情報につきましては、本研修受講にかかる手続き等を行う目的で利用するものであり、この目的以外に使用することはありません