

第8回 北見赤十字病院 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

(カナ)  
氏名 \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

郵便番号 \_\_\_\_\_

住所 (施設・自宅) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

TEL (当日繋がる番号をお書き下さい。) \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

施設名・所属 \_\_\_\_\_

臨床経験 \_\_\_\_\_ 年

ロールプレイの経験 あり・なし \_\_\_\_\_ 事例検討の経験 あり・なし \_\_\_\_\_

がん看護に携わった経験年数 \_\_\_\_\_ 年

- \* 1日目終了後に講師と参加者の懇親会を予定しております。  
懇親会参加の有無もお知らせください。お申し込みいただいた方に  
詳細をお知らせいたします。

**懇親会 出席 欠席** \_\_\_\_\_

- \* **10月11日(金)締め切り** (定員になり次第締め切らせて頂きます。)

お問い合わせ・お申し込み：  
〒090-8666 北見市北6条東2丁目  
北見赤十字病院がん対策推進室 伊藤智美  
TEL 0157-24-3115 (内線 2209)  
FAX 0157-22-3339  
E-Mail to\_ito@kitami.jrc.or.jp