

参加申込書

（※同一施設から複数人参加の場合でも、必ず 1 人 1 枚のご記入をお願い致します。）

FAX 026-295-1148

※事前連絡等のため、FAX、E-Mail アドレスはどちらか一方に必ずご記入願います

氏名	ふりがな																				
施設名																					
所属・職種																					
経験年数	臨床経験（ ）年 ホスピス・緩和ケア病棟（ ）年																				
エンド・オブ・ライフに関する研修の受講回数	（ ）回																				
受講動機																					
症状マネジメントのモジュールで今回学びたい症状（2～3個○印） ※講義の参考にさせていただきます	<table border="0"><tr><td>身体面</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>食欲不振</td><td>悪心・嘔吐</td><td>便秘</td><td></td></tr><tr><td>全身倦怠感</td><td>呼吸困難</td><td>浮腫</td><td></td></tr><tr><td>精神面</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>不安</td><td>抑うつ</td><td>せん妄</td><td></td></tr></table>	身体面				食欲不振	悪心・嘔吐	便秘		全身倦怠感	呼吸困難	浮腫		精神面				不安	抑うつ	せん妄	
身体面																					
食欲不振	悪心・嘔吐	便秘																			
全身倦怠感	呼吸困難	浮腫																			
精神面																					
不安	抑うつ	せん妄																			
連絡先	住所 〒 - - (施設・自宅) どちらかに○をしてください																				
	TEL (当日連絡可能な番号)																				
	FAX ※																				
	E-Mail(携帯不可) ※ @																				

➤ 郵送の場合：長野市民病院 看護事務 西本（ELNEC-J 事務局） 宛
〒381-8551 長野県長野市大字富竹 1333 番地 1
TEL：026-295-1199（代表）

➤ メール：必要事項を記載して kangobu_kenshu@hospital.nagano.nagano.jp まで。

➤ 申込締切：2024 年 10 月 25 日（金）

➤ お申込後、11 月 8 日までに「受講のご案内」を FAX またはメールします。11 月 8 日を過ぎてもお手元に届かない場合は、お手数ですが事務局までご連絡願います。