

平成 29 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 : _____

所属施設名・部署 : _____

住所 : (施設・自宅)

〒

TEL : _____ FAX : _____

E-Mail : _____

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

<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 : 山根、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