

2025 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： ふりがな：

所属施設名・部署：

住所： （施設・自宅）

〒

TEL： FAX:

E-Mail：

緊急連絡先： （ご本人と連絡がつく連絡先をお願いします）

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

ロールプレイ経験の有無： 有・無

受講希望動機（複数回答可）

- ① テーマ、内容に興味がある ② 自己啓発のため ③ 職場の勧め
④ その他()

<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：衣笠、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