

2026 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でお願いします)

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