

FAX送信先 075-311-9877

京都市立病院 地域医療連携室
ELNEC-J 研修会事務局

第2回京都市立病院 ELNEC-J 研修会 参加申込書

申込締切：8月30日（金）必着

- 1 遅刻，途中退席の場合，修了証は発行されません。
- 2 定員に達した場合，締切といたします。

ふりがな 氏名 ^{*1}	施設名	所属	看護師 ^{*2} 経験年数	がん看護 ^{*3} 経験年数	ロールプレイ 経験 ^{*4}	連絡先 ^{*5}	
						電話番号	メールアドレス
					あり／なし		
					あり／なし		
					あり／なし		

*1：ご記入の表記に基づいて修了証を発行します。

*2，*3，*4：ワークショップ，ロールプレイのグループ分けの参考にさせていただきますので，できるだけ詳しくご記入ください。

*5：確実に連絡可能な方法をご記入ください。

*グループワークがありますので，参加決定後のキャンセルはご遠慮ください。

*昼食につきましては，病院内のレストラン・喫茶・コンビニをご利用ください。