

25年 月 日

筑波大学附属病院 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

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_

所属施設名 \_\_\_\_\_ 所属 \_\_\_\_\_

施設住所 〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

臨床経験 \_\_\_\_\_ 年          がん看護の経験 \_\_\_\_\_ 年

受講動機

【お問い合わせ先】

筑波大学附属病院 総合がん診療センター

TEL:029-853-8096/FAX:029-853-3404 担当:谷津

25100506