

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	【機関名】	【病棟・部署名等】	
連絡先	【 自宅 ・ 勤務先 】 いずれかに○をつけ、下記にご記入ください		
住所	〒	-	
電話番号	()	-	
FAX	()	-	
E-Mail	@		
臨床経験	年	がん看護の経験	年
受講動機			

記載された個人情報は、本研修会の運営に関する以外の目的には使用いたしません。

- 申込書を受信した旨のご連絡をFAXまたはメールにてお送り致します。
- 申し込み締め切り後、受講が決定した方には、連絡先として記載されたご住所に参加証を郵送致します。開催2週間前になっても参加証が届かない場合ご連絡ください。
- キャンセルされる場合はなるべくお早めにご連絡ください。

FAX 029-853-3404 申込〆切 平成27年10月23日(金)