

船橋市立医療センター
令和元年度 第1回 緩和ケア研修会

「看護師のための緩和ケア研修会」
～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

氏名： _____

所属施設名・部署： _____

住所： (施設 ・ 自宅)

〒 _____

TEL： _____

E-Mail： _____

臨床経験年数： _____ 年

主に経験した診療科：(_____)(_____)(_____)

緩和ケアやエンド・オブ・ライフケアにおける臨床経験年数： _____ 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

◎ 学びたいと思う「痛み」以外の症状を下記から3つお選びください

- ① 呼吸困難 ② 嘔気・嘔吐 ③ 食欲不振 ④ 便秘 ⑤ 浮腫
⑥ せん妄 ⑦ 不安・抑うつ ⑧ 全身倦怠感

第1希望	第2希望	第3希望
------	------	------

◎ ロールプレイ経験の有無 (あり ・ なし)

研修会参加の目的： _____

<申し込み・問い合わせ先>

船橋市立医療センター がん教育研修小委員会 担当者：武村

住所： 〒273-8588 千葉県船橋市金杉1-21-1

TEL： 047-438-3321 (代表) FAX： 047-438-3706