

★お申込み FAX を受信後、こちらで受信した旨をメールでご連絡致します。

2026 年度 帝京大学看護職・人材育成センター主催 高度実践コース「緩和ケア」
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

（フリガナ）..... ※修了証に使用しますので正しい字で楷書でお書きください。

氏名： (歳) 男・女

所属施設名・部署：

住所：（施設・自宅）

〒

TEL： 緊急時の連絡先（携帯等）：

E-Mail：

臨床経験年数： 年間 ホスピス・緩和ケア病棟の臨床経験年数： 年間

がん看護の経験年数： 年間 終末期看護の経験年数： 年間

受講希望理由（自己の課題含む）

[

]

Q エンド・オブ・ライフ・ケアについて質問します。あてはまるものに○をつけてください。

1) エンド・オブ・ライフ・ケアについて知っていましたか？

よく知っている 少し知っている あまりよく知らない 全く知らない

2) 自部署におけるエンド・オブ・ライフ・ケアは充実していると思いますか？

とてもそう思う 少し思う あまり思わない 全く思わない

3) エンド・オブ・ライフ・ケアや緩和ケアの教育をおよそ 10 時間以上受講した経験はありますか？

有（研修名等： ） 無

※いただいた個人情報为本研修会の受付登録および必要なご連絡のみに使用し、その他の目的で
使用することはありません。

※記入漏れがないかご確認の上、上記 FAX 番号に送信するかメール添付にてお申し込み下さい。

＜お申し込み・お問い合わせ先＞

帝京大学医学部附属病院 担当者：貫田 〒173-8606 東京都板橋区加賀 2 丁目 11 番 1 号

TEL 03 (3964) 1211 (代表) 直通モバイル 8151 FAX 03 (3964) 9298 (看護部 FAX)

※ご質問は E-mail nukita.miyuki.ri@teikyo-u.ac.jp までお願い致します。