**H29 年度ふなばし市訪問看護連絡協議会研修会**
**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　　締め切り　1/19　まで**

**氏名：**

**所属施設名・部署**

TEL：

FAX：

**＊以下講義の参考にいたしますのでアンケートのご協力お願いします**

① 臨床経験年数：　　年

② ホスピス・緩和ケア病棟の臨床経験年数：　　年

③ 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

④ コミュニケーションロールプレイの経験　　有・無

⑤ 学びたい症状マネジメント（複数回答　〇をつけてください）

・全身倦怠感　・便秘　・嘔気、嘔吐　・食欲不振　・浮腫　・せん妄
・不安、抑うつ　・呼吸困難

**＜申し込み・問い合わせ先＞　1/19　までに FAX で申し込みください。**

ふたわ訪問看護ステーション　　担当者：大桐　四季子

FAX：047-440-5141

TEL:047-440-5111