

研修申し込み用紙郵送先

〒181-8611 東京都三鷹市新川 6-20-2

杏林大学医学部付属病院 がんセンター事務局

「看護師コミュニケーション研修」担当者宛

研修申込用紙

研修名

「看護師のための、がん患者とのコミュニケーション・スキル・トレーニング」

氏名(ふりがな)

年齢 () 才

勤務先施設名

(所属部署)

ご自宅住所 〒

連絡先

自宅電話

携帯電話

e-mail (必須。携帯メール不可)

Fax (e-mail 使用不可の場合のみ)

現在の職種(○をお付けください)

1. 臨床看護師 2. 看護監督者(主任等) 3. 看護管理者(師長等)
4. 専門看護師(領域) 5. 認定看護師(領域)
6. 看護教員 7. その他()

経験年数

看護師経験年数 () 年

がん看護に従事した年数 ()

ご記入いただきました内容については、個人情報保護法を遵守し、適切に管理いたします。