

研修申し込み用紙郵送先

〒181-8611 東京都三鷹市新川 6-20-2
杏林大学医学部附属病院 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

「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)
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。