

# 令和6年度 佐賀県がん看護研修会受講申込書

(終末期ケアELNEC-J2日間コース)

公益社団法人佐賀県看護協会

令和 6年 月 日記入

施設優先順位

ふりがな 受講者氏名						(男・女)
生年月日		西暦 年 月 日 ( 歳)				
所属施設	施設名	設置主体( )				
	所在地	〒				
	病床規模	1. 500床以上    2. 499～400床    3. 399～300床    4. 299～200床 5. 199～150床    6. 149～100床    7. 99～20床    8. 19～1床 9. 無床    10. その他( )				
職位	有 1. 師長級    2. 副師長または主任級    3. その他( )    無					
職種	1. 保健師    2. 助産師    3. 看護師					
経年数	臨床経験年数( )年    がん看護の実務経験年数( )年					
現在、がん看護実務の有無	有    ・    無					
ロールプレイの経験の有無	有    ・    無					
佐賀県看護協会	1. 会員(佐賀県看護協会会員番号 )    2. 非会員					
現在経験している内容	1. がん化学療法と看護    2. がん性疼痛コントロールと看護 3. がん放射線療法と看護    4. 乳がん患者の看護 5. がん患者の終末期の看護    6. がん患者の在宅看護 7. がんリハビリテーション    8. その他 ( )					
がん看護に関する あなたの課題 (箇条書き・簡潔に)						
推薦者	役職	氏名			印	

\* 該当する番号に○を付けて下さい。がん看護の実務の有無について必ず記載してください。

\* 申込みで得た情報は、名簿作成に利用します。研修会終了後はシュレッダーにかけ廃棄いたします。

\* 受講者氏名ふりがなの書き忘れや書き間違い、必要事項の書きもれがないようご注意ください。