

令和7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 7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() TEL FAX			
	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 験 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. がん薬物療法と看護 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にご注意ください。