令和8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 8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
終末期における自身の課題を選択してください		1．症状緩和（痛み、吐き気、呼吸困難、せん妄等）に関すること 2．患者の意思決定に関すること　3．家族ケアに関すること 4．チーム医療に関すること　5．エンゼルケアに関すること 6．看取り・悲嘆ケアに関すること
終末期ケアに関する学びたいこと **（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。<u>がん看護の実務の有無について必ず記載してください。</u>

＊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。