

島根県高齢者ケア施設看護責任者連絡協議会
ELNEC-J 高齢者カリキュラム看護師教育プログラム参加申込書

1. 施設名

2. 住所

〒 _____

3. 連絡先 (連絡先の代表者氏名: _____)

TEL: _____

FAX: _____

E-Mail: _____

4. 参加希望者

NO	氏名	年齢	性別	部署	職位	看護 経験 年数
				一般・回復期リハ・包括 ケア・療養・老健・特養・ 訪看・その他()	部長・副部長・師長・ 主任・スタッフ・ その他()	
1			女・男			
2			女・男			
3			女・男			
4			女・男			
5			女・男			

*必要時コピーしてください

連絡先:

〒690-0015 松江市上乃木 3-4-1

松江記念病院 TEL: 0852-27-8111

担当: 大越美香

FAX 0852-27-8435 へ送信して下さい。

切: 2022年1月7日(金)