申込日：　　　　　　　年　　　　月　　　　日

**筑波メディカルセンター　総務課　　青木・関　宛　　FAX:029-858-2773**

**筑波メディカルセンター病院ＥＬＮＥＣ－Ｊコアカリキュラム看護師教育プログラム**

**参加申込書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | |
| 氏名 |  | | | |
| 所属施設 | 〔機関名〕 | | 〔部署・病棟〕 | |
| 連絡先 | 〔　　自宅　　・　　勤務先　　〕　いずれかに○をつけ、下記にご記入ください | | | |
| 住所 | 〒 | | | |
| ＴＥＬ |  | | | |
| ＦＡＸ |  | | | |
| E-mail必須 |  | | | |
| 緊急連絡先必須  （携帯電話） |  | | | |
| 臨床経験 | 年 | がん看護の経験 | | 年 |
| 受講動機 |  | | | |

※記載された個人情報は、本研修会の運営に関する以外の目的には使用いたしません。

・申し込み締め切り後、受講が決定した方には受講決定書及びプログラム等をお送りいたします。

・キャンセルされる場合は少なくとも1週間前までにご連絡ください。

・緊急時にご連絡させていただく場合がありますので、参加者ご本人の携帯電話番号を記入して下さい。

**申込〆切：2025年　10月　24日17：00まで**

**連絡先：公益財団法人筑波メディカルセンター　総務課　青木・関**

TEL：029-851-3511　　　FAX：029-858-2773　　　　e-mail: soumu@tmch.or.jp