

記入日:2018年 月 日

第34回 神奈川ストーマリハビリテーション講習会 受講申込書

採用人数は各施設の規模により1~3名となります。各施設内での優先順を()内に数字で
ご記入下さい。必ず看護部長(病院長)または所属長(医長)の許可を受けて下さい。

施設名:	施設全体の病床数:	床
施設内優先順 ()		
ふりがな		
氏名:	所属:	臨床経験年数: 年
性別: 男・女		
<p>1.ストーマ経験数を下記から選び○をつけてください。</p> <p>1) 尿路ストーマ(成人・小児) (1)なし (2)1-10例 (3)11-20例 (4)21-50例 (5)50例以上</p> <p>2) 消化管ストーマ(成人・小児) (1)なし (2)1-10例 (3)11-20例 (4)21-50例 (5)50例以上</p> <p>2.ストーマケアについておたずねします。ストーマ用装具を使用する際、どのように決めていますか。 下記から選び○をお付けください</p> <p>(1)病棟のスタッフと相談する (2)自分で決めている (3)WOC・ET ナースに相談する (4)その他()</p> <p>3.日頃使用している装具のメーカーをお書き下さい。</p> <p>4.今までストーマケアを行って来て困ったことがありましたらお書き下さい。</p> <p>5.今回の講義及び演習で学びたいこと</p>		
看護部長(病院長)または所属長(医長)署名:		印
施設名:		
住所:〒		
TEL:	FAX:	

A4サイズの返信用封筒に宛名をご記入の上、120円切手を貼って同封して下さい。
返信用封筒・切手がないものは採用いたしません。
2018年4月18日(水)必着でお願いします。締め切り以降は受付致しません。

**第 34 回神奈川ストーリーマリハビリテーション講習会
お申し込みチェックリスト**

郵送前に以下の項目をご確認いただき、申込書と共にお送りください。

確認項目	ご確認いただき○を記入してください。
1.受講申込書の同封	
2.施設内優先順位の記入	
3.看護部長(病院長)または所属長(医長)のご署名	
4.返信用封筒の同封	
5.返信用封筒の 120 円切手貼付	

記入日： 年 月 日

※お申し込み後、講習会担当者からご施設へお問い合わせさせていただく場合がございますので、連絡先をご記入ください。

《連絡先》

氏名： _____

所属部署： _____

役職： _____

メールまたは電話番号： _____