**第３３回北海道ストーマリハビリテーション講習会 受講申込書(1)**

※コピー使用可

１． 氏　名（ふりがな）　　例： 山田　 太郎 （ やまだ　たろう ）

（　　　　　　　　　　　　　 ）

**※修了書に記載する氏名となりますので、楷書にて正式な漢字で記載を**

**お願いします。**

２．性別 （ レ点チェックして下さい ）

□　男性　　　□　女性

３．診療科（ レ点チェックして下さい ）

□外科　□泌尿器科　□大腸肛門科　□混合病棟　□手術　□その他（　　　）

４．連絡先（ 所属医療機関 ）

住所 :　〒

☎:

連絡がとれるメールアドレス :

５．職種 （ レ点チェックして下さい ）

□医師 　□正看護師 　□准看護師 　□保健師 　□その他（　　 　）

６．ストーマケア経験年数　　　（　　　　　　）年程度　 例： 10年

・消化器ストーマ　：　　　　　　　　　　　　　年

　　・泌尿器ストーマ　：　　　　　　　　　　　　　年

７．受講希望の理由

**第３３回北海道ストーマリハビリテーション講習会 受講申込書(2)**

直属上司（院長、部長、看護師長など）の推薦

推薦者役職

推薦者氏名　　　　　　 　　　　　 　　 　　印