

## 第 27 回北越ストーマリハビリテーション講習会 受講申込書

1. ストーマケアの経験年数 \_\_\_\_\_ 年

2. 所属：該当するところに○をつけてください。「その他」の場合は記載をお願いします。

・病棟 【 外科 ・ 泌尿器科 ・ 小児科 ・ その他（ \_\_\_\_\_ ）】

・外来 【 外科 ・ 泌尿器科 ・ 小児科 ・ その他（ \_\_\_\_\_ ）】

・在宅

・その他（ \_\_\_\_\_ ）

3. 今までのストーマケア経験症例数      1) 10 例未満      2) 10 例以上

4. 経験した一番多い症例

1)消化器ストーマ（イレオ含む）      2)泌尿器ストーマ      3)小児ストーマ

5. 講習会応募回数      1) 初回      2) 2 回以上

6. ストーマサイトマーキング実施経験      1) あり      2)なし

7. 講習会で学びたい内容

( \_\_\_\_\_ )

8. 勤務先への連絡方法

ふりがな

氏 名： \_\_\_\_\_

職種： 看護師 ・ 准看護師 ・ 医師

免許証番号： \_\_\_\_\_

所属施設名： \_\_\_\_\_

所属先住所： 〒 \_\_\_\_\_

電話： \_\_\_\_\_ (内線 \_\_\_\_\_ )      FAX： \_\_\_\_\_

Eメール： \_\_\_\_\_

9. お弁当の申し込み（申し込みは3食3日分となります。ご了承ください）

☐する      ☐しない

10. 交通手段      ・公共交通機関利用      ・自家用車      （どちらかに○でお囲みください。）

※この用紙はコピーしてご使用ください。 一人一枚ずつ記入してください。

※必要事項が記入されていれば、様式は問いませんので、他の用紙を用いても構いません。

注意！ 必ず、ご自身の宛名を書いた郵便はがき（選考結果連絡用）を同封してください。