

記入日:2019 年 月 日

## 第 35 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1~2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. ストーマケア経験件数を下記から選び○をつけてください。 (ただし、ストーマ経験件数は1人の患者のストーマ装具交換を3回行っても1件と数える。)</p> <p>1) 尿路ストーマ(成人・小児) (1)なし (2)1-10件 (3)11-20件 (4)21-50件 (5)50件以上</p> <p>2) 消化管ストーマ(成人・小児) (1)なし (2)1-10件 (3)11-20件 (4)21-50件 (5)50件以上</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 (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を施設で1枚ご用意いただき、  
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。**  
2019年4月22日(月)必着でお願いします。締め切り以降は受付致しません。