第30回　九州ストーマリハビリテーション講習会　申込書

ふりがな		当講習会過去応募回数（今回の応募を除く）	
氏名	（旧姓　　）	過去応募　　（　　回数）	
性別	男性 ・ 女性	第　回 or 平成　年応募	
年齢	歳	第　回 or 平成　年応募	
所属施設名		第　回 or 平成　年応募	
所属施設住所	〒	TEL	
		FAX	
看護部長（総師長）	氏名（直筆）　　印		
所属部署	例）外科病棟	役職名　例）主任、スタッフナース	
緊急時連絡先	*必ずご記入ください		
	TEL　職場	携帯	
職種	□医師　□看護師	免許番号	

あなた自身の経験についてお答え下さい		所属施設に関してお答え下さい
臨床経験年数	（　　）年	ストーマ造設症例数（　　）人/年
1. 外科	（　　）年	
2. 泌尿器科	（　　）年	**内訳**
3. 婦人科	（　　）年	消化器ストーマ（　　）人/年
4. 小児科	（　　）年	泌尿器ストーマ（　　）人/年
5. 訪問看護	（　　）年	小児ストーマ　（　　）人/年
6. その他	（　　）年	
ストーマケア経験年数	（　　）年	

受講動機・学びたいこと

今回の講習会を何で知りましたか？（複数回答可）

□ 上司　□ 看護協会　□ 九州ストーマリハビリテーション研究会
□ 同僚　□ 医師　□ ストーマ装具メーカー
□ 皮膚・排泄ケア認定看護師（ET/WOCN）　□ 装具販売店
□ その他（　　）

＊個人情報の保護＊
参加申し込みいただいた場合、個人情報は九州ストーマリハビリテーション講習会選考目的以外に用いることはありません。

＊申込書はコピーしてご使用ください。