

JSSCR 主催 第 18 回教育ワークショップ参加 申し込み書

宛先 **FAX 092-291-3108**

原三信病院 看護部長室

JSSCR 主催 第 18 回教育ワークショップ事務局 宛て

日本ストーマ・排泄・リハビリテーション学会 会員番号： _____

お名前 _____ (フリカナ _____)

職種 (該当する部分をチェックしてください) :

医師、 看護師、 WOCN、 ET、 その他 (_____)

卒後年数 (該当する部分をチェックしてください) :

~5 年、 6~10 年、 10 年以上

所属施設名 (例 ストーマリハビリ大学病院 5 階〇〇病棟)

所属施郵便番号 〒 _____ - _____

所属施設住所

所属施設電話番号

E メールアドレス : _____ @ _____