

第 11 回埼玉ストーマリハビリテーション講習会受講申込書

年 月 日

ふりがな		
1. 氏 名 :	※略語不可	
2. 性 別 :	男 ・ 女	
3. 生年月日 :	S ・ H	年 月 日
4. 最終学歴 (学校名)	_____ S ・ H 年 月 卒	
5. 職 種		
1) 医師	免許番号 ()	
2) 正看護師	免許番号 ()	
3) 准看護師	免許番号 ()	
3) 保健師	免許番号 ()	
4) その他 ()	免許番号 ()	
6. 現住所 〒 _____	—	
7. 所属施設		
施設名	_____	
住 所 〒 _____	—	
電 話 () _____	—	
所属先 病棟名 () 外来名 () その他 ()		
診療科 ☐ 外科 ☐ 泌尿器科 ☐ 大腸肛門科 ☐ 混合病棟 ☐ ICU ☐ 手術 ☐ その他 ()		
8. ストーマ経験年数	年	ヵ月
9. 受講希望の理由		
10. 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
11. 優先順位番号 (1 施設内複数応募の場合)		
12. 所属施設、部署、氏名を明記した返信用はがきを添付 ☐		
(採否結果連絡用ハガキとなりますので、 <u>受講希望者一人につきハガキ 1 枚が必要です。</u>)		

※簡易書留で下記へ郵送してください。

〒330-8503 埼玉県さいたま市大宮区天沼町 1-847

自治医科大学附属さいたま医療センター 一般消化器外科 辻仲 眞康 宛