

|                            |  |
|----------------------------|--|
| * 事務局使用欄<br>ここには記載しないでください |  |
|----------------------------|--|

## 2018 年 四国ストーマリハビリテーション講習会

### フォローアップコース全国版

### 各講習会からの見学希望用紙

|                        |                                    |
|------------------------|------------------------------------|
| 応募者氏名                  | ( 性別 : 男 ・ 女 )                     |
| 応募者氏名 よみがな             |                                    |
| 講習会名                   |                                    |
| 講習会での役割<br>例：カリキュラム委員等 |                                    |
| 所属施設名                  |                                    |
| 所属部署及び診療科              |                                    |
| 所属施設住所                 | 〒      ー                           |
| 所属施設電話番号               | (      )      ー      内線 (      )   |
| 緊急連絡先電話番号              | (      )      ー                    |
| 弁当の要不要                 | 4月21日 (      ) 4月22日 (      ) 手配不要 |
| 宿泊手配の要不要               | 4月21日 (      ) 手配不要                |
| 備考                     |                                    |