

(様式2)

日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会
認定施設更新申請書

西暦 年 月 日

日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会認定施設認定委員会 御中

日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会認定施設制度規程および同施行細則にもとづき、日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会ストーマ認定施設として更新申請いたします。

施設名：

ストーマ施設認定番号：

病院長： 印

直近5年間のストーマ造設件数： 件
(消化管ストーマ： 件、 尿路ストーマ： 件)

常勤するストーマ認定士

医師：
(ストーマ認定士認定番号： 有効期限 年)

看護師：
(ストーマ認定士認定番号： 有効期限 年)

ストーマに関連する外来： 有 無

施設所在地：〒

施設電話番号：() - () - ()

施設 FAX 番号：() - () - ()

施設でのストーマ実務医師：
所属：
メールアドレス：