記入日：2024年　月　日

**第39回神奈川ストーマリハビリテーション講習会**

**受講申込書**

神奈川ストーマ研究会ホームページより受講申込書をダウンロードして、**PC上で入力したものを印刷して**お申し込みください。採用人数は各施設の規模により1～3名となります。**各施設内での優先順を（　）内に数字でご記入ください。**必ず看護部長（病院長）または所属長（医長）の許可を受けてください。

|  |
| --- |
| 施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設全体の病床数：　　　　　床  施設内優先順（　　） |
| ふりがな |
| 氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　所属：　　　　　　　　　臨床経験年数：　　　年  性別：　男　・　女 |
| 1. ストーマケア経験件数を下記から選び〇をつけてください。   （ただし、ストーマ経験件数は1人の患者のストーマ装具交換を3回行っても1件と数える）   1. 尿路ストーマ（成人・小児） 2. なし　(2)1-10件　(3)11-20件　(4)21-50件　(5)50件以上 3. 消化管ストーマ（成人・小児） 4. なし　(2)1-10件　(3)11-20件　(4)21-50件　(5)50件以上 5. ストーマケアについてお尋ねします。ストーマ用装具を使用する際、どのように決めていますか。下記から選び〇をつけてください。 6. 病棟のスタッフと相談する　(2)自分で決めている　(3)WOC・ETナースに相談する   (4)その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）   1. 日頃使用している装具のメーカーをお書きください。 2. 今までストーマケアを行ってきて困ったことがありましたらお書きください。      1. 今回の講義及び演習で学びたいこと |
| 看護部長（病院長）または所属長（医長）署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印  施設名：  住所：〒  TEL：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX： |

A4サイズの返信用封筒を施設で1枚ご用意いただき、

宛名をご記入の上、140円切手を貼って同封してください。

**返信用封筒・切手がないもの、優先順が記載されていないものは採用いたしません。**

**2024年4月26日（金）必着**でお願いします。締め切り以降は受付致しません。