記入日：2019 年　　　月　　　日

**第35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**

**採用人数は各施設の規模により1～2名となります．各施設内での優先順を（　　）内に数字でご記入下さい．必ず看護部長（病院長）または所属長（医長）の許可を受けて下さい．**

|  |
| --- |
| **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○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）   （1）なし　（2）1-10件　（3）11-20件　（4）21-50件　（5）50件以上   1. 消化管ストーマ（成人・小児）   （1）なし　（2）1-10件　（3）11-20件　（4）21-50件　（5）50件以上  　　2.ストーマケアについておたずねします。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○をお付けください   1. 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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  3.日頃使用している装具のメーカーをお書き下さい．  4.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下さい．  5.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，１２０円切手を貼って同封して下さい．**  **返信用封筒・切手がないものは採用いたしません**．  **2019年4月22日（月）必着でお願いします．締め切り以降は受付致しません．** |