**第36回神奈川ストーマリハビリテーション講習会**

**お申し込みチェックリスト**

郵送前に以下の項目をご確認いただき、申込書と共にお送りください。

|  |  |
| --- | --- |
| 確認項目 | ご確認いただき○を記入してください。 |
| 1.受講申込書の同封＊神奈川ストーマ研究会HPよりダウンロードし、PCで入力したものを印刷して同封 |  |
| 2.施設内優先順位の記入 |  |
| 3.看護部長（病院長）または所属長（医長）のご署名 |  |
| 4.返信用封筒の同封 |  |
| 5.返信用封筒の120円切手貼付 |  |

記入日：　　　年　　　　月　　　 日

**※お申し込み後、講習会担当者からご施設へお問い合わせさせていただく場合が　ございますので、連絡先をご記入ください。**

≪連絡先≫

　氏名：

　所属部署：

　役職：

メールまたは所属先の電話番号：