**第39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**

書類不備の場合、受講をお受けできない場合がありますので、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　　　　通同封 |  |
| 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.返信用封筒に140円切手貼付 |  |
| 5.返信用封筒の同封 |  |
| 記入者サイン |  |

**※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≫

病院名：

　氏名：

　所属部署：

　役職：

病院住所：

所属先の電話番号：

メールアドレス：