**JSSCR主催　第20回教育ワークショップ参加 申込書**

**宛先　　FAX ０８８－８３７－６７６６**

**高知医療センター　看護局**

**JSSCR主催 第20回教育ワークショップ世話人 片岡　薫 宛**

日本ストーマ・排泄・リハビリテーション学会　会員番号：　　　　　　　　　**\*必須**

お名前　　　　　　　　　　　　　　　　（フリガナ　　　　　　　　　　　　　）

職種（該当する部分をチェックしてください）：

□医師、□看護師、□WOCN、□ET、□その他（　　　　　　　　　　）

卒後年数（該当する部分をチェックしてください）：

□～5年、□6～10年、□10年以上

所属施設名（例：ストーマリハビリ大学病院　5階○○病棟または外来）

診療科（主な科　を記載してください）

□外科、□泌尿器科、□婦人科、□その他（　　　　　　　　　科）

所属施設郵便番号　〒　　　　-

所属施設住所

参加者連絡先電話番号（所属の場合は内線番号まで記入・携帯電話でも可）

Eメールアドレス**\*必須**：　　　　　　　　　　　@

＊ご記入いただいた個人情報は本セミナー事務局で管理し、目的以外には使用致しません。