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．** |