

(様式1)

日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会
認定施設認定申請書

西暦 年 月 日

日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会認定施設認定委員会 御中

日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会認定施設制度規則および同施行細則にもとづき、日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会ストーマ認定施設として申請いたします。

施設名：

病院長： 印

直近5年間のストーマ造設件数： 件（消化管ストーマ： 件、
尿路ストーマ： 件）

ストーマ認定士

医師： (ストーマ認定士認定番号：)

看護師： (ストーマ認定士認定番号：)

：
ストーマに関連する外来： 有 無

施設所在地： 〒

施設電話番号： () - () - ()

施設 FAX 番号： () - () - ()

施設でのストーマ実務医師：

所属：
メールアドレス：