

(様式1)

日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会
ストーマ認定士認定申請書 (医師)

西暦 年 月 日

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士認定委員会 御中

日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会認定士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士として申請いたします。

フリガナ

氏名 : 印 男性 女性
(○をつける)

日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会会員番号 :
所属する地域講習会 (、 なし) (無ければ○をつける)

生年月日 : 西暦 年 月 日

医籍登録番号 : 号

医籍登録年月日 : 西暦 年 月 日

職種別 : 外科医 消化器外科医 泌尿器科医
その他 (医) (○をつける)

施設名 :

所属・部門 :

施設所在地 : 〒

施設電話番号 : () - () - ()

施設 FAX 番号 : () - () - ()

e-mail address:

*学会 HP<ストーマ認定士一覧> への掲載について

1. 個人名を学会ホームページに載せてもよい 可 ・ 否
2. 所属先の施設名・部署名を学会ホームページに載せてもよい 可 ・ 否

*本学会は、今後一層のストーマ認定士の認知度向上・普及を目指しております。
ストーマの専門的な治療・看護者・施設をお探しの患者様のお役に立てるよう、
日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会のホームページに、認定士になられた
方々のお名前・所属先を掲載してはどうかと考えておりますので、ご協力をお願いします。