（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（看護師）

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

看護師登録番号　　：　　　　　　　号

看護師登録年月日　：　西暦　　　　　年　　　　　月　　　　　日

職種別　　　　　：ET　WOCN　皮膚・排泄ケア認定看護師　地域講習会受講者　（○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:

※審査料払込書コピー貼付

＊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。