

(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:

\*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・排せり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。