

《ストーマリハビリテーション講習会》

第 15 回リーダーシップコースのご案内

■ 講 習 内 容 ■

学習と技能評価, 上皮, 排泄, ストーマ関連用品, 人間, リハビリテーション, ケア, 社会, 性学, 医療連携など, グループワークを中心とした講義

- 開催日：平成 30 年 7 月 25 日（水）～7 月 28 日（土）までの 4 日間
- 会 場：東京慈恵会医科大学附属第三病院
東京都狛江市和泉本町 4-11-1
- 主 催：日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会, 日本大腸肛門病学会,
日本看護協会
- 後 援：日本泌尿器科学会

[受 講 料] 40,000 円

[受講資格]

- 1) 医師
- 2) 看護師で下記, 講習会のいずれかを修了している者
 - ストーマリハビリテーション講習会：基礎コース, 同 上級コース, 同 実践コース, 同 理論コース, リーダーシップコース
 - 各地域のストーマリハビリテーション講習会基礎コース：北海道, 東北, 福島, 北関東, 埼玉, 群馬, 栃木, 東関東, 東京, 神奈川, 東海, 岐阜, 北越, 甲信, 北信越, 関西, 中四国, 中国, 四国, 九州
- 3) ET または皮膚・排泄ケア認定看護師の資格を有する者

[定 員] 約 70 名

[応募期間] 平成 30 年 4 月 1 日から 5 月 9 日までの到着分
(採否は選考委員会で決定し, 郵送でお知らせします)

[応募方法と必要書類]

- 1 施設 1 名の応募としてください。また, 必要書類の不備は選考の対象になりませんのでご注意ください。
- 1) 下記①～④の事項を明記した申込書 (A4, ワープロ使用)
 - ①氏名 (ふりがな)
 - ②所属施設名および所属部署, 郵便番号, 住所, 電話・Fax 番号
(申し込み後の施設変更は不採用となりますのでご了承ください)
 - ③ストーマケアの経験年数
 - ④受講した講習会名とその年度※
 - ・ET の場合はスクール名と修了年度※
 - ・皮膚・排泄ケア認定看護師の場合は修了年度※
 - ・医師は泌尿器科, 外科系の別と経験年数を記載
- 2) 修了証書のコピー (※それぞれ修了証書のコピーを A4 に縮小し同封)
- 3) 所属長の署名捺印がある推薦状 (特別な書式はありません)
- 4) 返信用葉書 (必ず所属施設の住所をご記載ください)

[宛 先] 〒243-0121 神奈川県厚木市七沢 516 神奈川リハビリテーション病院外科
ストーマリハビリテーション講習会 実行委員会事務局 三浦 英一朗
Tel : 046-249-2503 / Fax : 046-249-2502
<http://www2.convention.co.jp/sr-seminar/>