

ストーマ外来送信票

FAX:03-5291-2176

Email:etwoc@shunkosha.com

日本創傷・オストミー・失禁管理学会 行き

〒169-0072 東京都新宿区大久保 2-4-12

新宿ラムダックスビル

TEL: 03-5291-6231 | FAX: 03-5291-2176

E-mail: etwoc@shunkosha.com



1. (掲載・修正)したい施設について、下記項目をご記入ください。

※修正の場合は病院名と修正したい箇所のみで結構です。

項目	内容	
病院名		
住所		
TEL		
所属/窓口		
開催日/時		
対象※	<input type="checkbox"/> 成人消化器 <input type="checkbox"/> 小児消化器	<input type="checkbox"/> 成人泌尿器 <input type="checkbox"/> 小児泌尿器
予約方法	<input type="checkbox"/> ストーマ外来直接予約 <input type="checkbox"/> 担当診療科受診後予約 <input type="checkbox"/> 他院担当医から予約可	<input type="checkbox"/> 担当診療科受診要 <input type="checkbox"/> その他 ()
他院施術者受入	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 他院担当医から予約必要 <input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 相談に応じる <input type="checkbox"/> その他 ()
紹介状について	<input type="checkbox"/> 必ず必要 <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 相談に応じる <input type="checkbox"/> その他 ()
特記事項		

※ HP では成消:成人消化器、成泌:成人泌尿器、小消:小児消化器、小泌:小児泌尿器と記載します

2. ご記入いただいている方について、お知らせください。

フリガナ	
お名前	
ご連絡先 ※上記施設と同じ場合は同上としてください。	
掲載・修正を希望する理由	

3. ストーマ外来のご担当者様について、お知らせください。(ご存知なければ未記入で結構です)

ストーマ外来スタッフ数	所属とお名前 所属に☑と()にお名前をご記入ください。	お名前を公開してよろしいでしょうか?どちらかに☑をお願いします
人	<input type="checkbox"/> 医師 () <input type="checkbox"/> WOC () <input type="checkbox"/> ET () <input type="checkbox"/> そのほか[] ()	<input type="checkbox"/> 公開可 <input type="checkbox"/> 公開不可

4. 通信欄

そのほか、何かご意見、お問い合わせ、等、ございましたら、ご記入ください。

--