

ストーマ外来登録申請 FAX /Email 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

★申請理由 新規開設 病院名変更 運用の変更 その他()

1. あなたの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希望箇所のみ記載してください。

項目	内 容
病院名	
病院ホームページ URL	
都道府県	
住所	
TEL	
所属	
窓口	
担当者	氏名(WOC/ET) <input type="checkbox"/> ホームページ公開可 <input type="checkbox"/> 非公開
対象※	<input type="checkbox"/> 成人消化器 <input type="checkbox"/> 成人泌尿器 <input type="checkbox"/> 小児消化器 <input type="checkbox"/> 小児泌尿器
開催日/時	
予約方法	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不必要
他院造設者の 受け入れ	<input type="checkbox"/> 受け入れ可能 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 相談に応じる <input type="checkbox"/> その他()
紹介状	<input type="checkbox"/> 受け入れ可能 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 相談に応じる <input type="checkbox"/> その他()
病院 MAP 表示 URL	
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記載	

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)

職種とお名前 職種に☑と()にお名前をご記入ください。	スタッフ人数 名
<input type="checkbox"/> 医師 _____	
<input type="checkbox"/> WOC _____	
<input type="checkbox"/> ET _____	
<input type="checkbox"/> その他 (職種名 _____) _____	