## 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（　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| 項 目 | 内 容 |
| 病院名 |  |
| 病院ホームページURL |  |
| 都道府県 |  |
| 住所 |  |
| TEL |  |
| 外来名称 |  |
| 窓口 |  |
| 担当者 | 氏名（WOC/ET）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□ホームページ公開可　□非公開 |
| 対象※ | □成人消化器　　　　□成人泌尿器 □小児消化器　　　　　□小児泌尿器 |
| 開催日/時 |  |
| 予約方法 | □必要　　　□不必要 |
| 他院造設者の受け入れ | □受け入れ可能　　　　 □不可 □相談に応じる　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 紹介状 | □必要　　　　 □不要 □相談に応じる　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 病院MAP表示URL（google） |  |
| 特記事項 |  |

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。

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。

|  |  |
| --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  |
| 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 |
| □医師　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　□WOC　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　□ET 　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　□その他　（職種名　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 |