

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	
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	

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
☐ 医師 _____	
☐ WOC _____	
☐ ET _____	
☐ その他 (職種名 _____)	