## ストーマ外来登録申請　FAX /Email送信票

FAX：03-5291-2176 / Email：[etwoc@shunkosha.com](mailto:etwoc@shunkosha.com?subject=ストーマ外来登録申請)

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 |  |
| 住所 |  |
| TEL |  |
| 所属/窓口 |  |
| 開催日/時 |  |
| 対象※ | □成人消化器　　　　□成人泌尿器 □小児消化器　　　　　□小児泌尿器 |
| 予約方法 | □ストーマ外来直接予約　　　　□担当診療科受診後予約 □他院担当医から予約可  □その他 |
| 他院施術者  受け入れ | □可能　　　　 □相談に応じる □不可　　　　□その他 |
| 紹介状 | □必要　　　　　 □相談に応じる □不要　　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 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したい箇所のみで結構です。

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）

|  |  |
| --- | --- |
| 所属とお名前　所属に☑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　　　　　　　　　　　　　） |
| ホームページ上への  氏名公開  □公開　　□非公開 |

|  |
| --- |
| 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。 |

４．通信欄