

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"/> 成人泌尿器 <input type="checkbox"/> 小児消化器 <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"/> その他
他院施術者受け入れ	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 相談に応じる <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> その他
紹介状	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 相談に応じる <input type="checkbox"/> 不要 <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
<input type="checkbox"/> 医師 _____	名
<input type="checkbox"/> WOC _____	
<input type="checkbox"/> ET _____	
<input type="checkbox"/> その他 (職種名) _____	ホームページ上への 氏名公開 <input type="checkbox"/> 公開 <input type="checkbox"/> 非公開

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。