**第３３回県西部地区ストーマリハビリテーション講習会 受講申込書**

１．ストーマ装具交換回数　回

２．実習第１希望：　　消化器　　　　泌尿器　　　　　在宅

※人数調整のため、希望の実習グループに添えない場合もありますのでご了承下さい。

３．受講者所属施設、氏名等

ご施設名：

ご所属先住所： 〒

TEL：　　　　　　　　　　　　　 (内線)　　　　　　FAX：

ふりがな

ご氏名：

ご性別：　　男　　　女

※１人１枚ずつでご記入してください。

※必要事項が記入されていれば、様式は問いません。

※以前に当セミナーに参加された方はご遠慮下さい。