令和〇年〇月〇日

各位

四国ストーマリハビリテーション講習会

運営本部長　○○　○○

　 （○○病院　皮膚・排泄ケア認定看護師）

**第○○回 四国ストーマリハビリテーション講習会**

**『フォローアップコース』　受講者選考結果のお知らせ**

前略

この度は、当講習会にご応募いただきありがとうございました。

受講者選考委員会において、第〇回ストーマリハビリテーション講習会を受講していただけることになりましたのでお知らせします。

当講習会は、ストーマリハビリテーションの発展を期し、日常臨床の場でストーマケアに携わる方の知識･普及を目的として開催するものです。2日間、実り多い講習会になるよう十分な準備とお心構えをもってご参加されますよう期待しております。

受講参加に際しまして、以下の事項をお知らせいたします。

<同封書類>

『フォローアップコース』受講要領、日程表、学習目標、請求書、弁当引き換え券、領収証発行依頼書（お申込みの方のみ）

敬具

1．講習会日時：講習会日時：令和〇年〇月〇日（〇）、〇日（〇）

2．講習会会場：○○会館

　　　　　　　　　〇県〇市○○町〇番地　〇館〇階　〇号室

第〇回四国SR講習会ホームページ[**http://www.t-stoma.com/〇sr/**](http://www.t-stoma.com/%E3%80%87sr/)をご確認ください

3．受付

　　　〇月〇日(〇)〇時〇分より〇館〇階会場入り口前で受付を行います。

受付で施設、お名前を確認の上、名札とテキストをお受け取りください。

名札の氏名を必ずご確認してください。修了証に記載されますので、間違いがある場合は、受付まで必ずお申し出ください。

4．受講料払い込み方法

同封の請求書をご確認の上、**受講料20,000円**を**〇月〇日（〇）まで**にお振込みください。振込み手数料は、各自ご負担ください。

振り込み先：ゆうちょ銀行　○○貯金事務センター　000-0-000

　　　期日までに受講料を納められなかった方は、受講取り消しになる可能性があります。

　　　振り込みは、各自の名前でお振り込みください。(施設名で振り込む場合も受講者名を必ず明記ください。)なお、受講料振り込み後の参加取り消しや受講途中で参加を取りやめられても、返金はいたしませんのでご了承ください。

　　　**受講をキャンセルされても代理の方の出席は認めません。**

5．カリキュラムについて

　　1）同封しました学習目標は、当講習会で学習する内容を具体的に明示したものです。

受講前に必ずお読み下さい。

2）テキストは、当日配布いたします。

3）講義プログラムは、同封した日程表をご参照ください。

4）当日、ストーマ用品展示メーカーのカタログセットを配布いたします。

（各人1部、場合によっては各施設1～2部とさせて頂きます）

6．修了証書

2日間全日程のカリキュラムを完全受講された方に授与いたします。

　　　欠席や遅刻、早退された方には、発行いたしません。（時間厳守）

　　 また、受講後の再発行はいたしません。

修了証書を発行された方は当委員会で受講登録をいたします。

7．昼食について

事前に昼食の申込みをしていない方は各自でご持参ください。（受講生募集案内の昼食申込みは〇/〇（〇）をもって締め切らせていただきました）

※各自でご持参されたお弁当の空き箱は、各自お持ち帰りください。

※ランチョンセミナーとして、昼食時間にメーカー用品展示を致します。

※昼食を申し込まれた方は、会場前ロビーにて「弁当引き換え券」と引き換えにお渡しします。

8．交通・宿泊について

交通・宿泊の手配は、各自でお願いいたします。

9．その他

※講義中は携帯電話の電源を切るか、マナーモードにしてください。

※録音、写真･動画の撮影はご遠慮願います。

※季節変わり目の時期です。体温調整できるよう上着、ひざ掛け（必要に応じて座布団）等をご用意ください。

※領収書の発行については同封した「領収証発行依頼書」に記載して（株）近畿日本ツーリスト中国四国徳島支店宛てにFAX又は郵送してください。発行後、ご送付先に発送させて頂きます。

※何かご不明な点がございましたら、下記問い合わせ先までご連絡下さい。

注意）受講される方へお知らせがある場合は、ホームページに掲載致します。受講要綱を受け取られた時点から当日の受講までの間は定期的にホームページを確認頂きますようお願い致します。

**ホームページアドレス：**[**http://www.t-stoma.com/〇sr/**](http://www.t-stoma.com/26sr/)

**【問い合わせ先】**　四国ストーマリハビリテーション講習会　運営本部

〒○○-○○　○○県○○市○○町○○番地　TEL(000)000-0000(代）

○○病院　看護部

第〇回 四国ストーマリハビリテーション講習会　運営本部

○○ 　○○宛

E-mail 　○○@○○.jp

　　　　　 FAX ○○-○○-○○

※お問い合わせはできるだけE-mailでお願いいたします。

**【会場までのご案内】**

第〇回四国SR講習会ホームページ[**http://www.t-stoma.com/〇sr/**](http://www.t-stoma.com/%E3%80%87sr/)をご確認ください