令和〇年〇月〇日

〇〇病院

〇〇　〇〇先生

四国ストーマリハビリテーション講習会

運営本部長　〇〇　〇〇

　　　　 （〇〇病院　皮膚・排泄ケア認定看護師）

第〇回 四国ストーマリハビリテーション講習会

医師聴講案内

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聴講していただけることになりました。

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。3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>

医師聴講案内、基礎・フォローコース日程表、基礎・フォローコース学習目標、振込用紙、宿泊・弁当申込書、領収書発行依頼書

敬具

1. 講習会日時：基礎コース令和〇年〇月〇日(〇)、〇日(〇)、〇日(○)

　　　　　　　　フォローコース　平成〇年〇月〇日(○)○日(○)

1. 講習会会場：○○　○階大会議室

　　　　　　　　　○○県○○市○○町○○番地○

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/〇sr/)をご確認ください

3．受付

　　　基礎コース受講の場合○月〇日(○) ○時○分より〇階大会議室ロビーにて受付を行います。

　　　フォローコース受講の場合○月〇日(○)○時より〇階会議室前にて受付を行います

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。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

同封の振込用紙をご確認の上、**受講料15,000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。（同封の振込用紙をご使用ください）

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。講義プログラムは、同封した日程表をご参照ください。

2）テキストは、当日配布いたします。

3）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．持参物

筆記記用具、バスタオル又はタオル、可能な方はマーキングディスク、ノギス（ものさし類）、

装具をカットする曲剪刀（マーキングの実習で使用します）

※参加希望される場合はご持参ください

7．宿泊・昼食（弁当）について

(株)近畿日本ツーリスト中国四国徳島支店で斡旋します。同封の宿泊・弁当申込書にご記入の上、FAXにてお申し込みください。（お申込み後、宿泊・弁当案内などと請求書を送付します。）

※ 申込みをされない方の宿泊の手配は、各自でお願いいたします

※事前に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。

※事前に昼食の申込みをしない方は各自でご持参いただき、空き箱は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DVD視聴、メーカー用品展示を致します。

※宿泊・弁当費用などは〇月〇日（〇）までにお振り込みください。

8．その他

※1日目にマーキングの実習がありますので、参加される場合はお腹を出しやすい服装でお願いします。

※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、ひざ掛け等をご用意ください。

※領収証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にFAX又は郵送してください。講習会当日に受付でお渡しさせて頂きます。

※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。

**【問い合わせ先】**　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

　　　　　　　　　〇〇　〇〇　○○病院　(皮膚･排泄ケア認定看護師)

〒000-0000　〇〇県〇〇市〇〇町00-0

TEL(000)000-000　(代）　FAX 000-000-000(看護管理室)

E-mail 　00@00.jp

※お問い合わせは原則E-mailとし、件名は『四国SR講習会の件』として下さい。

**【運営期間のみの連絡先】　○○携帯　000-0000-0000**