令和00年0月00日

〇〇病院

　〇〇　〇〇様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　四国ストーマリハビリテーション講習会

実行委員長　●●　●●

（〇〇病院　皮膚･排泄ケア認定看護師）

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**

**ボランティア依頼**

　拝啓、〇〇の候、ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

　この度、第〇回四国ストーマリハビリテーション講習会を〇〇にて開催する運びとなりました。当講習会は、ストーマリハビリテーションの重要性が認識されている中、ストーマケアに携わる医療スタッフの知識･技術の普及を目的として開催しております。平成２年に第１回を広島で開催して以来、平成〇〇年度までに看護師を中心に約0000名の方々が受講されました。四国内の有志の医師、皮膚･排泄ケア認定看護師により企画･運営され、例年、四国各地から多くの受講生を迎え、充実した講習会を開催しております。

つきましては、皮膚･排泄ケア認定看護師　〇〇　〇〇様に当講習会の運営ボランティアをお願いしたく、ご多用のところ誠に恐縮ですがよろしくお願い申し上げます。

　四国地区の各医療施設の方々のご要望に添えるよう、実行委員一同鋭意準備を重ねているところでございます。何卒ご協力を賜りますようお願い申し上げます。

敬具

記

１．名称：第〇回四国ストーマリハビリテーション講習会

２．日時：令和00年00月00日（0）～00日（0）

３．会場：〇〇

　　　　　　〇〇県〇〇市〇〇町0000番地

４．内容：運営一般

５．受講者：基礎コース受講予定 四国内看護師100名

　　　　　　フォローアップコース受講予定　四国内看護師40名

６．謝礼：なし　（宿泊費、昼食費のみ実費支給）

以上

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

〒000-0000　〇〇県〇〇市〇〇町0-0

〇〇病院　看護部

皮膚･排泄ケア認定看護師　〇〇　〇〇