令和00年0月00日

〇〇病院

　病院長

　　　　●●●●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**

**ボランティア派遣依頼**

　拝啓、〇〇の候、みなさまにはますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

平素より、皮膚･排泄ケア認定看護師の活動にご理解、ご支援いただき感謝しております。

　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、貴院の皮膚・排泄ケア認定看護師　〇〇　〇〇　様を当講習会の運営ボランティアとして派遣して頂きたく、ご多用のところ誠に恐縮ですがご配慮の程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

皮膚･排泄ケア認定看護師　〇〇　〇〇