令和〇年〇月〇日

○○病院

　皮膚・排泄ケア認定看護師

○○　○○様

　　　　　　　　　　　　四国ストーマリハビリテーション講習会

 　実行委員長 　●●　●●

（●●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

運営本部長　○○　○○（○○病院）

**第〇回四国ストーマリハビリテーション講習会　講師のお願い**

拝啓　○○の候、ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。 当講習会は、平成2年より中国四国地域の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、中国四国ストーマリハビリテーション講習会として開催し、平成17年度からは、より数多くの医療スタッフの方々に受講していただけるよう中国と四国に分かれ、四国ストーマリハビリテーション講習会として開催しております。

今年も、第〇回四国ストーマリハビリテーション講習会を下記の日程にて開催する運びとなりました。

　つきましては、講師としてご協力頂け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．講師依頼期間及び場所

　　講義担当者予演会：令和〇年〇月〇日（土）00：00～00：00・〇月〇日（日）00：00～00：00○○会場

　　実習担当者予演会：令和〇年〇月〇日（土）00：00～00：00

　　　　　　　　　　　○○　会議室

講習会期間：令和〇年〇月〇日(木)～00日（土）

　　　　　　　　○○　会議室

　　　講義テーマ

「○○」　　　平成〇年〇月〇日　00:00～00：00

　　　演習

「○○」　　　平成00年00月00日　00:00～00:00

　　　「症例検討」　　　　　　　　　　　　平成00年00月00日　00:00～00:00

３．役割：講師・演習担当

４．謝礼：なし　　交通費・宿泊費のみ実費支給

以上

＜問い合わせ先＞第〇四国ストーマリハビリテーション講習会

カリキュラム委員長

〒○○-○○　○○県○○市〇〇町〇-〇

○○病院　看護部　○○　○○