令和〇年〇月〇日

〇〇病院

　病院長

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 　●●　●●（●●病院）

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　〇〇　〇〇（〇〇病院）

**第〇回四国ストーマリハビリテーション講習会　講師派遣のお願い**

拝啓　初夏の候、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、貴施設の皮膚・排泄ケア認定看護師　〇〇　〇〇様を講師として派遣して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00年0月0日（0）00：00～00：00・0月0日（0）00：00～00：00

　　　　　　　　　　　〇〇病院会議室

　　実習担当者予演会：令和00年00月0日（0）00：00～00：00

　　　　　　　　　　　〇〇　会議室

講習会期間：令和00年00月00日(0)～00日（0）

　　　　　　　　〇〇　会議室

講義テーマ

「〇〇」　　　令和00年00月00日　00:00～00：00

　　演習

「〇〇」　　　令和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0四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

〒000-0000　〇〇県〇〇市〇〇町0-0

〇〇病院　看護部　〇〇　〇〇