令和〇年〇月〇日

○○病院

皮膚･排泄ケア認定看護師

○○　○○様

第〇回四国ストーマリハビリテーション講習会

運営委員長　　〇〇　〇〇

(○○病院　看護部)

**第○○回　四国ストーマリハビリテーション講習会　運営委員のお願い**

拝啓　○○の折、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を開講し、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。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。

　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、令和〇年〇月〇日～〇日の3日間、○○にて開催する運びとなりました。

　つきましては、当講習会がより円滑に企画、運営ができますように、運営委員として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：四国ストーマリハビリテーション講習会

２．依頼期間：令和〇年1月1日から平成〇年12月31日

３．役割：○○

４．役務の場所：運営委員会　年間2回～3回　○○県内

　　　　　　　　予演会　1回　○○県内

　　　　　　　　講習会　〇月〇日～〇月〇日　○○市○○町　　○○

５．謝礼：なし　宿泊・交通費のみ実費支給

６．問い合わせ先：第○○回四国ストーマリハビリテーション講習会 運営本部

〒○○-○○　○○県○○市○○町

　　　　　○○病院　○○　〇

電話(○○)○○-○○