令和〇年〇月〇日

○○病院

○○長

○○　○○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　　○○　○○

(○○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　運営委員派遣のお願い**

拝啓

○○の候、皆様にはますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

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○○回四国ストーマリハビリテーション講習会を○○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、令和○○年度までに看護師を中心に○○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、貴院に勤務していらっしゃいます　皮膚・排泄ケア認定看護師○○　○○様を当講習会の運営委員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：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日から令和〇年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～〇日　○○市○○町○○-〇　○○○○

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○○町〇-2〇

　　　　　○○病院　○○　○○

℡(○○)○○-○○(代)