令和〇年〇月〇日

公益社団法人　○○会

会長

○○　○○様

第〇回四国ストーマリハビリテーション講習会

運営本部長　　○○　○○

(○○病院　皮膚・排泄ケア認定看護師)

**名義後援のご依頼**

拝啓　　○○の候ますますご盛栄のこととお喜び申し上げます。

　平素は、四国ストーマリハビリテーション講習会の運営にご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

当講習会は、ストーマケアの知識・技術の普及を目的とした講習会です。平成2年に第1回を広島で開催から昨年度までに看護師を中心に医療職種の方々、約○○名の方々が受講されました。

ストーマリハビリテーションの重要性意識が高まり、平成24年度の診療報酬改訂では、『人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算（450点）』が収載されました。本講習会は、加算要件の一つに記述されている「ストーマに関する適切な研修を修了した常勤の看護師」の適切な研修に該当する講習会です。当講習会を修了しますと、さらに知識・技術を深めることのできるストーマリハビリテーション講習会リーダーシップコース（毎年東京で開催）の受講資格が得られます。また、当講習会では併せて、基礎コース受講修了者のためにより専門性を追及したフォローアップコースも開講しております。

四国地区の各医療施設の方々のご要望に添えるよう、現在、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。つきましては貴会には、より円滑な運営のために、ご後援(名義後援)を賜りますようお願い申し上げます。お手数ではございますが、後援の可否に付きましてご返答いただければ幸いです。是非、主旨をお汲み取り頂きご賛同頂けますようよろしくお願い申し上げます。また、ご賛同頂けました折には別紙添付の応募情報を関係機関にご提供頂けましたら幸いにございます。第○○回四国ＳＲ講習会ホームページ（[http://www.t-stoma.com/○○sr](http://www.t-stoma.com/%E2%97%8B%E2%97%8Bsr)）からも講習会の詳細確認ができますのでご利用頂ければ幸いに存じます

何卒、ご高配賜わりますようお願い申し上げます。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　敬具

記

1．期 日：基礎コース；令和〇年〇月〇日(〇)、〇日(〇)、〇日(〇)

　　　　　　フォローアップコース；平成〇年〇月〇日(〇)、〇日(〇)

2．場 所：○○○○

　〇県〇市〇町○○番地〇

3．受 講 料：基礎コース(3日間受講)；33,000円

フォローアップコース(2日間受講)；22,000円

医師の聴講(希望のコース)；15,000円

4．受講資格：基礎コース；下記の条件を満たす者

①看護職(ストーマケア経験2年以上の看護師，助産師，保健師)

②四国圏内の医療施設(老健施設、在宅関連を含む)に勤務する方

③3日間連続して講習を受講できる方

　　　　　　フォローアップコース；基礎コース修了者

　　　　　　医師の聴講；四国圏内の医療施設に勤務する医師

5．定　　員：基礎コース；○○名

　　　　　　フォローアップコース；○○名

　　　　　　医師；若干名

6．講習内容【基礎コース】

1. ストーマリハビリテーション概論 ②消化管ストーマ　③尿路ストーマ　④術前ケア

⑤術直後ケア　⑥社会復帰ケア　⑦継続ケア　⑧スキンケア　⑨ストーマ用品　⑩ストーマ造設術に関連した排尿障害･排便障害　⑪性機能障害　⑫小児ストーマケア　⑬管理困難なストーマケア　⑭リスクマネージメント　⑮実習･演習　⑯緩和ケアストーマ

他ストーマ用品展示等

【フォローアップコース】

1. ストーマ装具・創傷治療材料 ②身体的な管理困難なストーマケア ③社会的管理困へ

の対策 ④特殊な病態のストーマの位置決め　⑤排尿ケア

7．後援団体　以下は過去実績を記載

　　　　　日本ストーマ･排泄リハビリテーション学会　　日本ストーマリテーション講習会

　　　　　高知県医師会　　徳島県医師会　　香川県医師会　愛媛県医師会

　　　　　高知県看護協会　徳島県看護協会　香川県看護協会　愛媛県看護協会

以上

【問い合わせ先】

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

○○　○○　(皮膚･排泄ケア認定看護師)

〒○○-○○　○○県○○市○○町〇-〇

TEL(○○)○○-○○　FAX(○○)○○-○○

E-mail　○○@○○.jp

　FAX通信書

**FAX：○○-○○-○○**

**〒○○-○○　○○県○○市○○町〇-〇**

**○○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　運営本部**

**○○　○○ 宛**

**第〇回 四国ストーマリハビリテーション講習会を**

**・後援します**

**・今回は後援できません**

**（どちらかに○をおつけください）**

ご署名

申し訳ありませんが、〇**月〇日(〇)までに**FAXでご返送いただきますようお願い申し上げます。