令和〇年〇月〇日

関係各位

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）

**第〇回 四国ストーマリハビリテーション講習会**

**受講生募集のご案内**

拝啓　　〇〇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、平成○○年度までに看護師を中心に約○○名の方々が受講されました。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、平成24年度の診療報酬改訂により、『人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算（450点）』が保険収載されています。その施設基準の要件として、「ストーマに関する十分な経験を有する常勤の医師と5年以上の急性期看護に従事しストーマに関する適切な研修を修了した常勤の看護師」と注釈表記されています。適切な研修とは、「日本看護協会認定看護師教育課程“皮膚・排泄ケア”及び日本ストーマリハビリテーション学会の周手術期ストーマケア研修（20時間以上）の研修」とされ、当講習会はその研修に該当いたします。

当講習会では併せて、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。

今年度は、第○○回四国ストーマリハビリテーション講習会を○○県にて開催いたします。

ストーマケアに興味があり、受講を希望される方は、是非お申し込み頂けますようご案内申し上げます。

尚、当講習会のホームページ([www.t-stoma.com/○○sr](http://www.t-stoma.com/○○sr))を開設致しましたので皆様が普段利用しているPCや携帯のインターネット環境を利用してアクセスすることができます。講習会の詳細確認や申込み用紙がダウンロードできますのでどうぞご利用下さい。多くの受講生の応募をお待ちしております。

末筆ながら、皆様方の益々のご発展をお祈り申し上げます。

敬具

記

**＜基礎コース＞**

１．期 日：令和〇年〇月〇日（〇）、〇月〇日（〇）、〇日（〇）　**3日間**　　　　　　　〇月〇日（〇）〇時開始予定　〇月〇日（〇）〇時〇分頃終了予定

２．場 所：○○　　　○○県○○市○○町

３．受 講 料：**33,000円**

４．受講資格：下記の要件を満たす方

　　　　　　　　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）

（受講後即『人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算（450点）』算定予定の施　設は、5年以上の急性期看護に従事する看護師が望ましい）

　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

５．定 員：○○名

６．講習内容：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がん化学療法　⑯緩和ストーマ　⑰災害時のストーマケア　⑱実習･演習　　　他ストーマ用品展示等

７．応募方法：**別紙様式に下記必要事項を記載し、受講決定返信用として角２封筒（A4ｻｲｽﾞ、**

**120円切手貼付）を同封の上、応募者1名につき１封書でお申込みください。**

**１封筒複数名郵送の場合、全員無効となるのでご注意ください。**

1. 応募者氏名（性別） ② 看護師経験年数　③ ストーマケア経験年数
2. 所属施設名と所属部署/診療科及び住所・電話番号・緊急連絡先電話番号
3. インターネット利用環境の有無
4. 過去の中国四国ストーマリハビリテーション講習会の応募回数
5. 応募理由　⑧ 施設内での選考優先順位 ⑨ 看護部長の署名・捺印

※ 返信先住所・氏名を必ずご記入ください。

※ 申込みフォームに記載漏れのある場合は、無効とさせていただきますのでご注意下さい。尚、一施設で複数の方が応募される場合は必ず選考優先順位を記載してください。

※ 応募者多数の場合は、選考により決定させていただきます。

※ 全日程のカリキュラムを修了された方には、修了証書を発行いたします。この修了証書

は診療報酬算定するにあたり、必要な書類となります。

* 再度基礎コース受講希望の場合は、応募理由を明記のうえ基礎コースにお申込み下さい。

**＜フォローアップコース＞**

１．期 日：令和〇年〇月〇日（〇）、〇月〇日（〇）　　**2日間**　　　　　　　〇月〇日（〇）〇時開始予定　〇月〇日（〇）〇時〇分頃終了予定

２．場 所：○○　　　○○県○○市○○町

３．受 講 料：**22,000円**

４．受講資格：下記の要件を満たす方

　　　　　　　　①ストーマリハビリテーション講習会を修了された方

　　　　　　　　②2日間連続して講習を受講できる方

５．定 員：○○名

６．講習内容：①ストーマ用品・創傷治療材料 ②身体的な管理困難なストーマケア ③社会的管理困難　④困難なストーマの位置決め　⑤排尿ケア

　　　　　　＊ストーマケアの問題を解決するために、より実践的で詳しい対応方法が学べます。

７．応募方法：**別紙様式に下記必要事項を記載し、受講決定返信用として角２封筒（A4ｻｲｽﾞ、**

**120円切手貼付）を応募者1名につき１封書でお申込みください。**

**１封筒複数名郵送の場合、全員無効となるのでご注意ください。**

* 1. 応募者氏名（性別）
  2. 所属施設名と所属部署/診療科及び住所・電話番号・緊急連絡先電話番号
  3. インターネット利用環境の有無
  4. 過去のストーマリハビリテーション講習会の修了証のコピー
  5. 施設内での選考優先順位
  6. 応募理由

※ 返信先住所・氏名を必ず御記入ください。

※ 申込みフォームに記載漏れのある場合は、無効とさせていただきますのでご注意下さい。尚、一施設で複数の方が応募される場合は必ず選考優先順位を記載してください。

※ 応募者多数の場合は、選考により決定させていただきます。

※ 全日程のカリキュラムを修了された方には、修了証書を発行いたします。

**＜医師の聴講について＞**

　　医師の参加については、＜基礎コース＞＜フォローアップコース＞どちらでも受講できます。

可能なかぎり全日程の受講をお願いいたします。

１．聴講料：**15,000円**

２.応募方法：**別紙様式に下記必要事項を記載し、受講決定返信用として、角２封筒（A4ｻｲｽﾞ、120円切手貼付）を同封の上、封書でお申込み下さい。**

1. 応募者氏名
2. 所属施設名と診療科及び住所・電話番号・緊急連絡先電話番号
3. 聴講希望コース　④インターネット利用環境の有無

※返信用封書には、返信先住所・氏名を必ずご記入ください。

**【応募用紙送付先】**

**〒○○-○○　○○県○○市○○町○○番地**

**○○　病院　皮膚・排泄ケア認定看護師**○○

**第○○回四国ストーマリハビリテーション講習会係**

　　　　　※インターネットでの応募受付はしておりません。

**【募集締め切り】**平成○○年〇月〇日(〇) 消印有効

**【受講者採否と返信について】**

応募期間終了後、受講者選考を行い、選考結果をお知らせ致します。

選考された方へは、返信用封筒にて受講要綱、お弁当の案内等をお送り致します。

選考されなかった方については、選考基準や次年度の開催地などの情報について返信させて頂き

ます。

**【宿泊について】**

講習会では、手配はいたしませんので応募の時点で、キャンセル要綱などご確認の上、ホテルを確保しておかれることをお勧めいたします。

**【後援団体】**以下は昨年度実績を記載

　　　日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会　　日本ストーマリハビ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　　愛媛県看護協会　　徳島県看護協会　香川県看護協会

**【個人情報の取り扱い】**

　・今回得られた情報は、四国ストーマリハビリテーション講習会に関わる目的にのみ使用し、他の目的には使用いたしません。

以上

**【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

○○　○○(皮膚･排泄ケア認定看護師)

TEL(○○)○○-○○　FAX(○○)○○-○○

E-mail：○○@t-stoma.com

※お問い合わせは、E-mailとし、件名は『四国SR講習会の件』として下さい。

※お問い合わせは原則E-mailでお願いします。緊急の場合のみ、お電話でのお問い合わせください。ただし平日の〇：00～〇：00とさせて頂きます。

※当方の都合により、こちらからかけ直させていただく場合がございますのでご了承ください。