

第41回関西ストーマケア講習会開催のご案内

奈良ブロック

第41回関西ストーマケア講習会実行委員会では、ストーマケアに携わる医療従事者を対象に、講習会を開催致します。

奈良ブロック講習会にお申し込みいただけるのは、勤務地が奈良の方に限らせて頂いております。

他の地区の方は、ホームページ上で確認の上、申し込みをお願い致します。

1. 日時：2019年8月16日(金)、17日(土)、18日(日)の3日間 9:00~17:30(予定)

2. 会場：奈良県立医科大学 看護学科 〒634-8521 奈良県橿原市四条町840番地

3. 受講料：25,000円

4. 受講申し込み資格 ※以下の1)~4)全ての条件を満たす者

1) 医師(准)看護師 保健師

2) **関西STOMA研究会会員であること**

※非会員の方は、**申し込みまでに必ず入会手続き**をお済ませ下さい。

※詳細は、研究会ホームページの入会案内をご覧ください

(なお、入会後に講習会を受講されない場合でも研究会費の返金はいたしません)

3) ストーマケア経験年数1年以上

4) 3日間すべてに参加できること

5. 定員：24名(定員を超えた場合は、**受講動機等を踏まえて厳正に審査し、選考させていただきます**)

6. 講習内容：ストーマケアの基礎を学ぶ < STOMA: Skin Trouble & Ostomy Management Aids >

- ストーマリハビリテーションの基礎知識
- ストーマ周囲皮膚障害
- 消化管ストーマ
- ストーマの合併症
- 尿路ストーマ
- 小児ストーマ
- 排尿障害・性機能障害
- 緩和ストーマ
- 術前ケア
- 在宅でのストーマケア
- ストーマケア
- オストメイトの声
- ストーマ用品
- 実習・グループワーク

7. 申込方法：「①必要事項を記入した申込書」、「②82円切手を貼付した長形3号の返信用封筒(【返信先住所】【ご本人氏名】を記入)」を準備し、**①と②を揃えて同封し、「簡易書留」で下記の住所までお送りください。**※送付先への直接の持ち込みは、お断りいたします。

8. 申込締切：**2019年6月7日(金) 必着**

可否については、6月中旬に行う選考委員会で決定し郵送します。

返信がない場合は、送付先までお問い合わせください。

9. 注意事項・その他

1) お申し込みいただいた本人以外の受講・変更は認めません。

人工肛門人工膀胱術前処置加算算定要件を満たす20時間以上のカリキュラムです。日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会認定のストーマ認定士申請資格条件の講習会です。

全課程を修了された方に修了書を授与します。

2) より多くの方に学習の機会を持って頂くため、過去に受講された方の申し込みはご遠慮下さい。

3) 申込方法・期日等を厳守して下さい。**書類不備は受付いたしかねます。**

4) 施設単位で申し込みをされる場合も申込人数分の返信用封筒を同封して下さい。

5) 応募者多数の場合、選考により受講者を決定します。その際、より多くの施設から参加して頂くため、1施設から1名とさせて頂くことがありますのでご了承ください。

*ご施設で、選考にあたり優先順位等のご希望がございましたら、上記の問い合わせ先までメールでお知らせ願います。

<関西STOMA研究会入会に関するお問い合わせ>

〒532-0034 大阪市淀川区野中北2-12-27

大阪市立十三市民病院 外科内

kansaistoma-office@umin.org



入会画面へのQRコード

【関西ストーマケア講習会申込書 送付先】

〒634-8522

奈良県橿原市四条町840

奈良県立医科大学附属病院 看護部

関西ストーマケア講習会 西林 直子

【問い合わせ先】nknishi@narmed-u.ac.jp

メール以外のお問い合わせは、回答いたしかねます

主催：関西ストーマケア講習会実行委員会 ・ 関西STOMA研究会 <http://kansaistoma.org/>

後援：日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会・奈良県看護協会

第 41 回関西ストーマケア講習会 奈良ブロック参加申込書

* 記載もれは書類不備となりますのでもれなくご記入ください*

ふりがな		当講習会過去応募回数(今回の応募を除く)
氏名		回
施設名		
施設住所	〒 Tel : _____ Fax : _____	
所属部署名	例) 8 階東病棟、外科外来など 病棟・外来・その他 (該当に○)	関西 STOMA 研究会 会員番号 _____ 会員番号が分からない場合には、 関西 STOMA 研究会事務局にお問い合わせください Email : kansaistoma-office@umin.org
所属科名	科	
職種	<input type="checkbox"/> (准) 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 医師	
連絡先 (緊急時に必ずご本人と連絡がとれる、電話番号とメールアドレスの両方をご記入ください)		
電話番号	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 : _____	
メールアドレス	<input type="checkbox"/> PC <input type="checkbox"/> スマートフォン <input type="checkbox"/> ガラケー : _____	
あなた自身の経験についてお答え下さい		所属施設に関してお答え下さい
臨床経験年数	() 年	ストーマ造設症例数 () 人/年
ストーマケア経験年数		内訳 消化器ストーマ () 人/年 泌尿器ストーマ () 人/年
1. 外科	() 年	
2. 泌尿器科	() 年	
3. 婦人科	() 年	
4. 小児科	() 年	
5. その他	() () 年	ご自身のストーマサイトマーキング経験数 () 人
講習会を受講するにあたり、あなたの動機と学習したいことをお書き下さい。(400 字程度)		
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		
今回の講習会を何で知りましたか? (あてはまるもの全てにチェックを入れてください)		
<input type="checkbox"/> 上司から <input type="checkbox"/> 同僚から <input type="checkbox"/> 医師から <input type="checkbox"/> 看護協会から <input type="checkbox"/> 関西 STOMA 研究会で <input type="checkbox"/> ET/皮膚・排泄ケア認定看護師から <input type="checkbox"/> ストーマ装具メーカーから <input type="checkbox"/> 装具販売店から <input type="checkbox"/> その他 ()		
<送付前に下記をご確認のうえチェックをお願いします>		
<input type="checkbox"/> あなたの勤務地は「奈良県」ですか? <input type="checkbox"/> 受講資格を全て満たしていますか? → <input type="checkbox"/> 参加申込書に記載間違いや記載漏れはないですか? <input type="checkbox"/> 返信用封筒に間違いはないですか? <input type="checkbox"/> サイズは長形 3 号 <input type="checkbox"/> 【返信先住所】【ご本人氏名】の記入 <input type="checkbox"/> 82 円切手の貼付		<input type="checkbox"/> 医師、(准)看護師、保健師のいずれかである <input type="checkbox"/> 関西 STOMA 研究会会員であること <input type="checkbox"/> ストーマケア経験年数 1 年以上 <input type="checkbox"/> 3 日間すべてに参加できる
※送付は簡易書留でお願いします。書類不備は受付いたしかねます。		

*** 個人情報の保護 ***

個人情報は関西ストーマケア講習会選考目的、及び関西 STOMA 研究会会員名簿以外に用いることはありません。

後援：日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会・奈良県看護協会