

# 第9回近畿小児WOCケア勉強会開催のご案内

## テーマ：小児の消化管ストーマケア

内容：小児ストーマケアを要する疾患、術前ケア、術後ケア  
※今回は、演習があります

日時：2018年12月1日 土曜日 8：55～11：30（予定）

会場：兵庫県立こども病院  
〒650-0047 神戸市中央区港島南町 1-6-7

受講料：3000円（演習物品費用を含む）

受講資格：小児WOC（創傷・オストミー・失禁）ケアに携わる医師・看護師

定員：60名

申込期間：2018年9月1日（金）～10月12日（木）必着  
可否は選考委員会で決定し、結果は10月中旬に郵送します。

申し込み先：〒650-0047 神戸市中央区港島南町 1-6-7 兵庫県立こども病院 鎌田直子

申し込み方法：申込書に必要事項をご記入の上、返信先住所、氏名を記入し、82円切手を貼付した返信用封筒（長形3号）を同封し、郵送にて下記の住所までお送りください。  
FAXでの申し込みは不可。申し込み先への直接の持ち込みは、お断りいたします。

### 注意事項・その他

- 1) 申込方法・期日等厳守して下さい。書類不備、料金不足等は受付致しません。
- 2) 申込は、個人で行ってください。施設単位での申し込みは不可です。
- 3) 選考後参加辞退者が出た場合は、選考にもれた方で同日午後開催される近畿小児ストーマ・排泄・創傷研究会に参加者される方に繰り上げ合格の連絡をする場合があります。
- 4) 10月末までに可否の結果が届かない場合は、下記問い合わせ先までご連絡ください。

問い合わせ先：兵庫県立こども病院 鎌田直子まで FAXにてお問い合わせください。  
FAX 番号 078（302）1023

同日午後から第29回近畿小児ストーマ・排泄・創傷研究会が開催されますので合わせてご参加ください。

## 第9回近畿小児WOCケア勉強会申込書

ふりがな	
氏名	
施設名	
施設住所	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○)
所属診療科名	科
職種	( ) 医師 ( ) 看護師 ( ) 皮膚・排泄ケア認定看護師：経験年数 ( ) 年 ( ) ET/WOC ナース：経験年数 ( ) 年 ( ) 皮膚・排泄ケア認定看護師教育研修生
緊急連絡先	必ずご記入ください TEL _____ (□自宅 □職場 □携帯)
医師・看護師経験年数	( ) 1年～2年目 ( ) 3～4年目 ( ) 5年～10年 ( ) 10年以上 ( ) 20年以上
部署別看護経験年数	小児外科 ( ) 年 小児泌尿器科 ( ) 年 小児科 ( ) 年 NICU (新生児病棟) ( ) 年 その他[ ] ( ) 年
過去の近畿小児WOC勉強会への参加状況 ※受講選考には影響ありません	□今回が初めて □参加したことがある (以下の該当するテーマに○をつけて下さい) ( ) 小児のストーマケア (消化管) ( ) 小児の失禁ケア ( ) 小児によく見られるスキントラブルとケア ( ) 小児の褥瘡ケア
受講動機 学びたいこと	
近畿ストーマ・排泄・創傷研究会への参加	□参加する □参加しない □わからない

**\*個人情報について\***

参加申し込み時にご記入いただいた個人情報は近畿小児WOC勉強会の選考に用います。  
今後の案内送付や運営に関するアンケート依頼等に使用させていただく場合がございます。