

様式 49 の 10

ストーマ処置（ストーマ合併症加算）の施設基準に係る届出書添付書類

1. 適切な研修を修了した常勤看護師の氏名等

氏　　名	研修修了
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>

[記載上の注意]

研修の修了が確認できる文書（修了証、プログラム等。当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可。）を添付すること。