

在宅血液透析 教育研修機関申請書

一般社団法人日本在宅血液透析学会理事長 殿

以下の通り、在宅血液透析教育研修施設の登録を希望します。

申込日：西暦 年 月 日

氏名：

【施設情報】

医療機関名	
教育研修責任医師 氏名	
HHD 導入患者数	名 ※別紙に詳細を記載してください。
HHD 担当スタッフ	名 ※別紙に詳細を記載してください。
確認事項	<input type="checkbox"/> HHD 導入実績が 10 人以上である。 <input type="checkbox"/> 導入のマニュアルが作成されている。 <input type="checkbox"/> HHD 学会の施設会員である。または役員および評議員がいる。
備考	

【研修情報】

研修内容	①外来見学（必須）： 可 / 不可 ②導入指導： 可 / 不可 ③機器管理： 可 / 不可 ③マニュアル： 可 / 不可 ④その他（ ）
透析装置メーカー	HHDで採用しているものすべてに○ 日機装・東レ・ニプロ・JMS・その他（ ）
窓口となる方の連絡先	〒 住所 TEL FAX E-mail

※施設で使用している研修申込用紙、研修スケジュールがある場合は添付してください。

<申し込み・問い合わせ先>

日本在宅血液透析学会事務局 〒990-0885 山形市嶋北 4-5-5 矢吹病院内
TEL：023-682-8566 FAX：023-682-8568 E-mail: jshhd@seieig.or.jp

教育研修機関申込書 別紙

医療機関名	
-------	--

1. HHD 導入患者数について これまでの導入患者から 10 名分を記載してください。
導入実績であり、現在も HHD を継続しているかどうかは問いません。

患者番号	患者イニシャル	HHD 導入時期	備考
記入例	H.D.	2015 年 9 月	
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

2. HHD 担当スタッフについて記載してください。(教育研修責任医師以外)

	氏名	職種	HHD 経験年数	備考
1		医師・看護師・臨床工学技士・ ()	年	
2		医師・看護師・臨床工学技士・ ()	年	
3		医師・看護師・臨床工学技士・ ()	年	
4		医師・看護師・臨床工学技士・ ()	年	
5		医師・看護師・臨床工学技士・ ()	年	
6		医師・看護師・臨床工学技士・ ()	年	
7		医師・看護師・臨床工学技士・ ()	年	
8		医師・看護師・臨床工学技士・ ()	年	
9		医師・看護師・臨床工学技士・ ()	年	
10		医師・看護師・臨床工学技士・ ()	年	