

在宅血液透析 研修申込書

一般社団法人日本在宅血液透析学会理事長 殿

この度、日本在宅血液透析学会の施設研修に下記のとおり申し込みします。

申込日：西暦 年 月 日

【申込者】

ふりがな			
氏名		職種・役職	
施設名・部署名			
連絡先	〒		
	住所		
	TEL	FAX	
	E-mail		
事前確認事項 確認してチェック✓ をしてください。	<input type="checkbox"/> 日本在宅血液透析学会の学会員が研修者にいます。 <input type="checkbox"/> 研修前に在宅血液透析管理マニュアル（改訂版）を確認します。 <input type="checkbox"/> 感染対策等、研修受け入れ施設の指示に従います。 <input type="checkbox"/> 研修終了後に報告書を事務局に提出します。 <input type="checkbox"/> 宿泊及び研修施設までの交通手段は自己負担で手配します。		

【申込内容】

研修期間	(西暦) 年 月 日
研修施設名	(研修施設に連絡済みの場合はチェックを入れる) <input type="checkbox"/> 研修機関、人数、内容を研修施設に連絡済
研修参加者	①人数： _____ 名 ②職種：医師・看護師・臨床工学技士・その他 ()
研修内容	①外来見学 ②導入指導 ③機器管理 ④マニュアル その他 ()
透析装置メーカー	日機装・東レ・ニプロ・JMS・未定・その他 ()
備考	

<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