

在宅血液透析 研修報告書（教育研修機関側）

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を受け入れましたので報告します。

報告日：西暦 年 月 日

【報告者】

ふりがな		職種・役職	
氏名			
施設名・部署名			
連絡先	〒		
	住所		
	TEL	FAX	
	E-mail		

【責任者】

ふりがな		職種・役職	
氏名	印		

【研修依頼施設・研修期間】

研修依頼施設名		受入人数	人
研修期間	(西暦) 年 月 日		

【研修後のご感想】

研修を終えてのご感想を研修施設としてご記入下さい ※必須
備考（研修施設としてのご意見・ご要望等がありましたらご記入下さい） ※任意

<送付先・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