**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 | □　HHD導入実績が10人以上である。  □　導入のマニュアルが作成されている。  □　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](mailto:jshhd@seieig.or.jp)

事務局使用欄　施設会員／役員／評議員

**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 |  |