**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 |  | 職種・役職 |  |
| 氏名 |  |
| 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。 | □日本在宅血液透析学会の学会員が研修者にいます。　　　　　　　　　　　　　　　　　　□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。 □感染対策等、研修受け入れ施設の指示に従います。 □研修終了後に報告書を事務局に提出します。 □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）  □ 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