**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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 日付 | 金額 | 処理 |

事務局使用欄