

FAX : 086-464-1518

E-Mail : jin@med.kawasaki-m.ac.jp

## 日本腹膜透析医学会 CAPD 教育研修 申込書

CAPD 教育研修医療機関： 川崎医科大学附属病院  
責任医師： 腎センター長 佐々木環 殿

申込年月日 平成 年 月 日

研修者所属医療機関名	
連絡先電話番号	
FAX 番号	
連絡代表者 E-Mail	

研修者氏名		性別	職種	所属部署	会員番号 (必須)
1	ヨミガナ 研修代表者	男・女			No.
	E-Mail				
2	ヨミガナ 研修者	男・女			No.
	E-Mail				
3	ヨミガナ 研修者	男・女			No.
	E-Mail				
4	ヨミガナ 研修者	男・女			No.
	E-Mail				

※着替えのロッカーをご用意致しますので、性別のご記入をお願い致します。

研修希望年月	平成 年 月
--------	--------

CAPD 教育研修医療機関 使用欄	
申込受理日	平成 年 月 日
受理責任者	