

特定非営利活動法人

日本腹膜透析医学会 事務局宛

(FAX 050-3730-3065 E-mail office@jspd.jp)

申込日 平成 年 月 日

CAPD 認定指導看護師認定「講習会」申込書

■平成 年 月 日開催予定 CAPD 認定指導看護師認定講習会に参加したく申込致します。

教育研修を受けられた施設	
研修を受けられた年月日	平成 年 月 日
正会員 会員番号	R

※受講資格は研修修了した看護師、准看護師で当学会の正会員であることが必要です。

【申込者】

施設住所	
施設名	
所属	
ふりがな	
氏名	
E-mail	

※携帯アドレスは不可。アドレスのない方は施設の FAX 番号等
連絡方法を別途ご記入ください。

2週間以内に参加案内通知がない場合はご連絡頂きますようお願い致します。(電話 088-631-1755)