****

**腹膜透析教育研修申込書**

申込日　　令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな | 　 |
| 氏　名 | 　 |
| 職　種 | 　医師　　看護師　　臨床工学技士　その他（　　　　　　） |
| 年齢・性別 | 　（　　　　　）歳　　男性　　　女性 |
| 所属医療機関  | 医療機関名 | 　 |
| 住　所 |  |
| T E L |  |
| 部　署 | 　 |
| E-mail | 　 |
| 緊急時個人連絡先 | 　 |
| 経験年数 | 卒後：（　　　　年目）　　腹膜透析経験：（　　　　年目） |
| 日本腹膜透析医学会正会員番号 | 正会員番号：R* 研修受講者資格として日本腹膜透析医学会 正会員が必須となっています。非会員や入会手続き中の方は受講できません。
 |
| 研修希望日 | 令和　年　　月　　日～　　月　　日 |
| 希望内容 | ・・・ |

【申し込み・問い合わせ先】

研修希望日の1か月前までにメールで申し込みください。

富山市立富山市民病院　透析内科

・担当者 　医師：大田 聡

・E-mail touseki@tch.toyama.toyama.jp

・代表電話076-422-1112（内線：2196）　FAX：076-422-0233