



富山市立富山市民病院

## CAPD 認定指導看護師教育研修申込書

申込日 令和 年 月 日

ふりがな	
氏名	
職種	医師 看護師 栄養士 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
	TEL
	部署
E-mail	
緊急時個人連絡先	
経験年数	卒後：（ ）年目 PD 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】

富山市立富山市民病院 透析内科

・担当者 医師：大田 聡、看護師：中田 美智代

・E-mail [touseki@tch.toyama.toyama.jp](mailto:touseki@tch.toyama.toyama.jp)

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