日本腹膜透析医学会　CAPD教育研修　申込書

日本赤十字社和歌山医療センター

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（　） |
| 所属医療機関 | 医療機関名 |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |
| 所属部署 |  |
| E-mailアドレス |  |
| 緊急時連絡先 |  |
| 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は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 |

【申し込み・問い合わせ先】

日本赤十字社和歌山医療センター　研修課

電子メール:w-kensyu@wakayama-med.jrc.or.jp

電話:073-422-4171

＊本書式は参加申込毎に一葉として、必要事項をご記入の上、上記電子メールアドレス宛、ご送付ください。

＊申込書受領後、１週間以内に受講可否を申込時の電子メールアドレス宛に返信します。

１週間以内に返信がない場合は、お手数ですが上記へご連絡をお願いします。