

研修申込書

※太枠部分をご記入下さい

フリガナ		男	生年月日	
受講者氏名		女	S・H	年(西暦) 年
メールアドレス				
所属施設	フリガナ			
	施設名			
	所属診療科・部門			
	所在地	〒 ー TEL ー ー 都・道・府・県 区・市・郡		
	同時透析可能ベッド数	床	透析患者数(令和6年2月末現在) 名	
取得免許	卒業年次	昭和・平成・令和 年 月		
	職種	(番号に○をつけて下さい) 1. 医師 2. 看護師 3. 准看護師 4. 臨床工学技士 5. 臨床検査技師 6. 衛生検査技師 7. 管理栄養士 8. 栄養士 9. 薬剤師 10. 理学療法士		
	番号 ※注2	第 号	3. 准看護師の場合のみ 免許の取得都道府県名 をご記入下さい 都・道・府・県	
	登録年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		
透析業務の経験 及び年数	令和6年7月31日までの透析業務経験 ・臨床工学技士は、テクニシヤンの時期を含みません。		年 カ月 (准看護師経験者は、准看護師の時期を含む・含まず)	
	血液透析 (または濾過)	(どちらか○で囲んで下さい) 有 → その主な経験施設名 現所属施設・その他 () 無 (現在の勤務先の場合は「現所属施設」を○で囲んで下さい。その他の場合は具体的にご記入下さい)		
	腹膜透析	(どちらか○で囲んで下さい) 有 → その主な経験施設名 現所属施設・その他 () 無 (現在の勤務先の場合は「現所属施設」を○で囲んで下さい。その他の場合は具体的にご記入下さい)		
または CKD(慢性腎臓病) 診療の経験年数	令和6年7月31日までのCKD(慢性腎臓病)診療経験		年 カ月	
希望研修 (○をつけて下さい)	A. 講義のみ B. 講義+実習(実習指定施設)			
実習区分	1. 医師 35時間 2. 看護師・准看護師、臨床工学技士(透析経験年数6ヵ月以上) 70時間~140時間(※実習者と実習指定施設間で相談の上、決定)			
実習希望施設 (別紙(4)のリストから 番号と施設名を ご記入下さい) ※注3	番号	実習指定施設名		
	第1希望 No.			
	第2希望 No.			
第3希望 No.				
実習希望項目 (具体的に実習で 学びたいこと)				
備考				
施設長役職・氏名・印 (押印のないものは 受付致しません) ※注4	役職: 院長・理事長・左記と同等の役職()		印	研修担当部署・ご担当者氏名
				※注5

- ※注 1. 講義受講料及びテキスト代 23,000 円を払込んだ際の受領証のコピーを必ず貼付して下さい。
貼付のないものは受付致しません。
2. 免許番号がまだ決まっていない方は、合格証のコピーを必ず添付して下さい。
3. 実習希望施設は必ず第3希望まで記入して下さい。
4. 施設の長(理事長・院長・左記と同等の役職)の役職名・氏名をご記入の上、必ず押印したものをお送り下さい。
5. 本研修申込書に関して対応可能な方をご記入下さい。ご本人に連絡が取れない場合の連絡先となります。