

FAX : 086-464-1518 (附属病院腎センター)
 E-Mail : jin@med.kawasaki-m.ac.jp
 (川崎医科大学腎臓・高血圧内科学 腹膜透析教育研修担当)

日本腹膜透析医学会 腹膜透析教育研修 申込書

腹膜透析教育研修医療機関： 川崎医科大学附属病院
 責任医師： 腎センター長 佐々木環 殿

申込年月日 年 月 日

研修者所属医療機関名	
連絡先電話番号	
FAX 番号	
連絡代表者 E-Mail	

研修者氏名		性別	所属部署・職種	会員番号 (必須)	新型コロナウイルスワクチン接種状況 (任意)
1	フリガナ 研修者氏名	男・女		No.	2回接種済 ()
	E-Mail				1回接種済 ()
2	フリガナ 研修者氏名	男・女		No.	未接種 ()
	E-Mail				2回接種済 ()
3	フリガナ 研修者氏名	男・女		No.	1回接種済 ()
	E-Mail				未接種 ()

※日本腹膜透析医学会正会員の方を対象とした研修です。研修日の2ヶ月前までに入会手続きをお願い致します。

※着替えのロッカーをご用意致しますので、性別のご記入をお願い致します。

※新型コロナウイルス感染症について、緊急事態宣言地域・まん延防止等重点措置地域からお越しの方は、**PCR 陰性証明書**のご提出をお願いいたします。(但し、来院許可をお約束するものではございませんのでご了承ください。)

研修希望年月	年 月
--------	-----

腹膜透析教育研修医療機関 使用欄	
申込受理日	年 月 日
受理責任者	