**奈良県立医科大学附属病院　腹膜透析教育研修**

**参加申し込み＆事前アンケート**

奈良県立医科大学附属病院での腹膜透析教育研修にお申込みいただきありがとうございます。本研修を皆様にとって充実したものとするため、下記申込書と研修事前アンケートのご記入をお願いいたします。

記入されましたらお手数ですがメールで返送をお願いいたします。

**腹膜透析教育研修申込書**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性別 | | 日本腹膜透析学会会員番号 | | |
| 氏名 |  | 男　女 | |  | | |
| 所属機関・部署 |  | | | | | |
| 連絡先住所 |  | | | | | |
| TEL・FAX |  | | | | | |
| Mail |  | | | | | |
| 職種 | □医師　□看護師　□臨床工学技士  □栄養士　□薬剤師　□その他（　　　　　） | 卒後 | 年 | | PD  経験 | 年 |

**研修事前アンケート**

ご協力ありがとうございました。

|  |
| --- |
| 1. 研修に参加するにあたって学びたい事・興味のある事はどれですか？（複数回答可） |
| □基礎　□導入　□管理　□他科との連携　□地域連携　□合併症管理　□療法選択　□PD外来  □PDチーム医療　□OPE見学 |
| 1. 上記で選ばれた中で特に学びたいもの、その理由を教えてください |
|  |
| 1. どの社のシステムをお使いですか？ |
| □バクスター社　　　□テルモ社　　　□JMS社　　　□日機装社　　　□不明 |
| 1. その他ご自由にお書きください |
|  |

奈良県立医科大学　腎臓内科学

PD教育研修　事務局

鮫島謙一

TEL 0744-22-3051（代表）

FAX 0744-22-4121（代表）

Email pdnara@naramed-u.ac.jp