|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| **大阪大学医学部附属病院** |
| **日本腹膜透析医学会　腹膜透析教育研修　申込書** |
|  |  |  |  |  |
|  |  | **申込日** |  | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
|  |  |  |  |  |
| **ふりがな** | 　 |
| **氏　名** | 　 |
| **職　種** | 　□　医師　　□　看護師　□　臨床工学技士　□　そのほか（　　　　　　　） |
| **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。 |
| **所属医療機関** | 医療機関名 | 　 |
| 住　所 |  |
| 電話番号 | 　 |
| ファックス番号 | 　 |
| 所属部署 | 　 |
| **E-mailアドレス** | 　 |
| **緊急時連絡先** | 携帯電話番号 | 　 |
| その他 | 　 |
| **経験年数** | 卒　後 | 　 | 年目 | 　 |
| PD経験 | 　 | 年目 | 　 |
| **研修希望日** | 令和　　　　年　　　　月　　　　日　 |
| **希望内容** | 　 |

申込・問合先 大阪大学大学院医学系研究科　腎臓内科学医局

 CAPD教育研修担当者まで

 E-mail　：　pdnetwork@kid.med.osaka-u.ac.jp

 Tel　：　06-6879-3857　　　Fax　：　06-6879-3230

※ 上記E-mail宛、研修申込書を添付し、ご提出ください。

※ 申込書提出後、１週間以内に、受講可否を申込時のE-mail宛に返信します。

※ １週間以内に返信がない場合は、上記、問合先へ電話連絡をお願いします。

|  |
| --- |
| **大阪大学医学部附属病院** |
| **日本腹膜透析医学会　腹膜透析教育研修　事前アンケート** |
|  |  |  |  |  |
| **ふりがな** | 　 |
| **氏　名** | 　 |
| **職　種** | □　医師　　□　看護師　□　臨床工学技士　□　そのほか（　　　　　　　　　　） |
| ①興味のある事、学びたい事がありましたら、チェックをお願いします（複数回答可） |
| 　□　腹膜透析の基礎　□　腹膜透析の導入　□　腹膜透析中の管理　 |
| 　□　腹膜透析の合併症　□　腹膜透析の外来診療　□　腎代替療法選択　 |
| 　□　腹膜透析でのチーム医療　□　他診療科との連携　□　地域連携の取組　 |
| 　□　腹膜透析カテーテル留置術　□　小児の腹膜透析治療　□　腎臓移植 |
| 　□　腹膜透析機器の管理　□　腹膜透析に関する検査 |
| ②　①で選ばれた中で、特に学びたい事とその理由を教えて下さい |
| 　 |
| ③　所属施設では、どの会社のシステムをご使用ですか？ |
| 　□　Baxter社　□　JMS社　□　日機装社　□　TERUMO社　□　不明 |
| ④　阪大病院を研修受講施設に選んだ理由を教えて下さい |
| 　 |
| ⑤　そのほか　ご自由にお書き下さい | 　 | 　 |
| 　 |

申込・問合先

 大阪大学大学院医学系研究科　腎臓内科学　医局

 CAPD教育研修担当者　まで

 E-mail　： pdnetwork@kid.med.osaka-u.ac.jp

Tel　：06-6879-3857　　　Fax　：06-6879-3230