|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| **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