日本腹膜透析医学会　理事長殿

腹膜透析教育研修医療機関申請書および誓約書

|  |  |
| --- | --- |
| 施設会員番号 |  |
| 施設名 |  |
| 教育責任者 |  |
| 連絡窓口担当者名  （複数名登録可）  TEL / E-mail |  |
| 応募理由 |  |

下記の申請資格を確認し、令和5年度から7年度までの教育研修医療機関の資格認定を申請いたします.

【申請資格】すべての条件を満たすこと（各項目にチェックをお願いします）

□ 申請時において、本学会の施設会員であること

□ 日本透析医学会認定施設もしくは入院病床を有する日本透析医学会教育関連施設であること

□ 原則として維持腹膜透析患者数を30名以上常に管理しており、導入症例数が平均月１例以上

あること

維持腹膜透析患者数　　　　　　　　　　　　　導入症例数　平均月　　　　　症例

* 1名以上の本学会の認定医および本学会の認定指導看護師が常勤していること

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（代表して各1名）

認定医　　　　　　　　　　　　　　　　　 認定指導看護師

□ 他の医療機関の教育研修希望者を受け入れる意思があること

□ 地域の医療機関へ腹膜透析の啓蒙活動を年1回以上実施する意思があること

□ 研修受講者に､指定した腹膜透析研修カリキュラムを達成できること

□ すでに他の寄附講座などによる腹膜透析教育研修事業を行っていないこと

□ 研修内容が大学における通常の教育・研修の一環でないこと

□ 半期に1回の研修経過報告書類と年１回の研修成果報告に関する書類を提出できること．

上記について、相違のないこと、また厳守することを誓約いたします.

　　　　年　　月　　日

施設名

医療機関代表者（施設長）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印