日本腹膜透析医学会 連携認定医 認定申請書

NPO

法 人

令和　　　年　　　月　　　日

日本腹膜透析医学会　会員番号（　　　　　　　　　）　氏名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日　　　年　　月　　日（昭和・平成　　年） | □ 男□ 女 |
| 氏名 | 姓　　　　　 名 |
| 勤務先 | フリガナ | 所属科・標榜科名 |
| 名称 |
| 所在地〒 |
| 電話番号 （ 　 ） ―　　　　 　内線（ 　）FAX番号 （　　　 ）　　　 ―E-mail： | 認定証送付先□勤務先　□自宅施設会員代表者の方は施設へ送付 |

注）自宅へ送付希望の方は、正会員登録住所へ送付致します。

※下記の項目にチェックをお願い致します。

* 申請時において、日本腹膜透析医学会の正会員である。
* 申請時において、臨床経験５年以上を有している（基本領域専門資格は問わない）。

医籍登録番号　（　　　　　　　　　　　　　　）

* 本学会学術集会・総会における腹膜透析基礎セミナーまたは腹膜透析認定指導看護師認定講習会を受講している。（　　　　年日本腹膜透析医学会学術集会・総会、腹膜透析認定指導看護師認定講習会）

※受講証明書のコピーを添付してください。