**日本腹膜透析医学会　腹膜透析教育研修　申込書**

**腹膜透析教育研修医療機関：　川崎医科大学附属病院**

**責任医師：　腎センター長　佐々木環　　殿**

**申込年月日　　　　年　　月　　日**

|  |  |
| --- | --- |
| **研修者所属医療機関名** |  |
| **連絡先電話番号** |  |
| **FAX番号** |  |
| **連絡代表者E-Mail** |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **研修者氏名** | | | **性別** | **所属部署・職種** | **会員番号**  **（必須）** |
| **1** | **フリガナ**  **研修者氏名** |  | **男・女** |  | **No.** |
| **E-Mail**  **必須** |  |
| **2** | **フリガナ**  **研修者氏名** |  | **男・女** |  | **No.** |
| **E-Mail**  **必須** |  |
| **3** | **フリガナ**  **研修者氏名** |  | **男・女** |  | **No.** |
| **E-Mail**  **必須** |  |

**※日本腹膜透析医学会正会員の方を対象とした研修です。研修日の2ヶ月前までに入会手続きをお願い致します。**

**※着替えのロッカーをご用意致しますので、性別のご記入をお願い致します。その他ご要望がございましたらご連絡ください。**

【来院条件及び来院時の遵守事項】

（１）当該希望者が所属する機関、地域等において、現在感染者、クラスター等が発生していないこと。

（２）来院までの数日間発熱、咳、呼吸困難、臭覚・味覚障害などの諸症状がないこと。

（３）来院当日は、必ず検温等を実施し、発熱、咳、呼吸困難、臭覚・味覚障害などの新型コロナウイルス感染症が疑われる諸症状がないことを確認し、その旨を来院の際、受入責任者に報告すること。なお、新型コロナウイルス感染症が疑われる諸症状が発生した場合は、直ちに受入責任者に届出て指示を受けること。

（４）公共交通機関を利用する場合は、マスクを着用し、移動中の適切なソーシャルディスタンスの確保等、感染防止に十分に注意すること。

（５）院内では、必ずマスクを着用すること。食事の際は、２ｍの間隔をあけること。

|  |  |
| --- | --- |
| **研修希望年月** | **年　　　　月** |

|  |  |
| --- | --- |
| **腹膜透析教育研修医療機関　使用欄** | |
| **申込受理日** | **年　　月　　日** |
| **受理責任者** |  |