**腹膜透析認定指導看護師教育研修申込書**

済生会熊本病院　教育・研究部　人材開発室　宛て

hrd@saiseikaikumamoto.jp　までお送りください。

|  |  |
| --- | --- |
| 申込日 | 年　　　　月　　　　日 |
| ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 本人連絡先 | TEL |
| e-mail |
| 所属医療機関名 |  |
| 所属部署 |  |
| 職種 | 看護師　・　臨床工学技士 |
| 経験年数 | 看護師・臨床工学技士経験年数 　　　　　　　　 年 |
| 腹膜透析経験年数　　　　　　　　　　　　　　　　　 年 |
| 資格（学会等） |  |
| 学会会員番号\* | R |
| 研修希望日 |  |
| 所属医療機関　住所 |  |
| 所属医療機関　TEL |  |
| 所属医療機関　FAX |  |

　\*研修までに、会員番号が発行されていることが必須です。