**[富山市立富山市民病院](https://www.tch.toyama.toyama.jp/)**

**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　その他（　　　　　　） |
| 年齢・性別 | | （　　　　　）歳　　男性　　　女性 |
| 所属医療機関 | 医療機関名 |  |
| 住　所 |  |
| T E L |  |
| 部　署 |  |
| E-mail | |  |
| 緊急時個人連絡先 | |  |
| 経験年数 | | 卒後：（　　　　年目）　　腹膜透析経験：（　　　　年目） |
| 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。 |
| 研修希望日 | | 令和　年　　月　　日～　　月　　日 |
| 希望内容 | | ・  ・  ・ |

【申し込み・問い合わせ先】

富山市立富山市民病院　透析内科

・担当者 　医師：大田 聡

・E-mail [touseki@tch.toyama.toyama.jp](mailto:touseki@tch.toyama.toyama.jp)

・代表電話076-422-1112（内線：2196）　FAX：076-422-0233