日本腹膜透析医学会　腹膜透析教育研修申込書

（済生会熊本病院）

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

（※）腹膜透析医学会非会員や入会手続き中の方は受講できません。

【申し込み・問い合わせ先】

済生会熊本病院　人材開発室

Tel　 ：096-351-8515（人材開発室直通）

E-mail：hrd@saiseikaikumamoto.jp