

研修申込書

※太枠部分をご記入下さい

| | | | | | | |
|---|----------|---|---|---|---|---|
| フリガナ | | 男 | | 生年月日 | | ゆうちよ銀行振替払込請求書 兼受領証のコピー貼付欄 (縮小コピー可) ※注1 |
| 受講者氏名 | | 女 | | S・H 年(西暦) 月 日 (歳) | | |
| メールアドレス | | | | | | |
| 所属施設 | フリガナ | | | | | |
| | 施設名 | | | | | |
| | 所属診療科・部門 | | | | | |
| | 所在地 | | 〒 TEL 都・道・府・県 区・市・郡 | | | |
| 同時透析可能ベッド数 | | 床 | | 透析患者数(令和8年2月末現在) 名 | | |
| 取得免許 | 卒業年次 | | 昭和・平成・令和 年 月 | | | |
| | 職種 | | (番号に○をつけて下さい) 1. 医師 2. 看護師 3. 准看護師 4. 臨床工学技士 5. 臨床検査技師 6. 衛生検査技師 7. 管理栄養士 8. 栄養士 9. 薬剤師 10. 理学療法士 | | | |
| | 番号 ※注2 | | 第 号 | | 3. 准看護師の場合のみ 免許の取得都道府県名 をご記入下さい 都・道・府・県 | |
| | 登録年月日 | | 昭和・平成・令和 年 月 日 | | | |
| 透析業務の経験 及び年数 | | 令和8年7月31日までの透析業務経験 ・臨床工学技士は、テクニシヤンの時期を含みません。 | | | 年 月 日 (准看護師経験者は、准看護師の時期を 含む・含まず) | |
| | | 血液透析 (または濾過) | | (どちらか○で囲んで下さい) 有 → その主な経験施設名 現所属施設・その他 () 無 (現在の勤務先の場合は「現所属施設」を○で囲んで下さい。その他の場合は具体的にご記入下さい) | | |
| | | 腹膜透析 | | (どちらか○で囲んで下さい) 有 → その主な経験施設名 現所属施設・その他 () 無 (現在の勤務先の場合は「現所属施設」を○で囲んで下さい。その他の場合は具体的にご記入下さい) | | |
| または CKD(慢性腎臓病) 診療の経験年数 | | 令和8年7月31日までのCKD(慢性腎臓病)診療経験 | | | 年 月 日 | |
| 希望研修 (○をつけて下さい) | | A. 講義のみ C. 講義+実習(ご自分の所属施設)+見学実習(他の実習指定施設2日間(半日×4も選択可)) | | | | |
| 見学実習希望施設 (別紙(4)のリストから 番号と施設名を ご記入下さい) ※注3 | | 番 号 | | 見学実習指定施設名 | | |
| | | 第1希望 No. | | | | |
| | | 第2希望 No. | | | | |
| 見学実習希望項目 (具体的に見学したいこと) | | | | | | |
| 備 考 | | | | | | |
| 施設長役職・氏名・印 (押印のないものは 受付致しません) ※注4 | | 役職: 院長・理事長・左記と同等の役職() | | | 研修担当部署・ご担当者氏名 | |
| | | | | | ※注5 | |

- ※注1. 講義受講料 23,000 円を払込んだ際の受領証のコピーを必ず貼付して下さい。
貼付のないものは受付致しません。
2. 免許番号がまだ決まっていない方は、合格証のコピーを必ず添付して下さい。
3. 見学実習希望施設は必ず第3希望まで記入して下さい。
4. 施設の長(理事長・院長・左記と同等の役職)の役職名・氏名をご記入の上、必ず押印したものをお送り下さい。
5. 本研修申込書に関して対応可能な方をご記入下さい。ご本人に連絡が取れない場合の連絡先となります。