

研修申込書

※太枠部分をご記入下さい

フリガナ		男 女	生年月日		ゆうちょ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			S・H	年(西暦)	
メールアドレス		月		日(歳)	
所属施設	フリガナ				
	施設名				
	所属診療科・部門				
	所在地	〒 TEL		区・市・郡	
	同時透析可能ベッド数	床	透析患者数(2019年2月末現在)		
取得免許	卒業年次	昭和・平成		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			
	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		
	登録年月日	昭和・平成		年 月 日	
透析業務の経験 及び年数	2019年7月20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 カ月 (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	2019年7月20日までのCKD(慢性腎臓病)診療経験		年 カ月		
希望研修 (○をつけて下さい)	A. 講義のみ B. 講義+実習(実習指定施設)				
講義2日目総論の 選択予定講座	(いずれかを○で囲んで下さい) 1. 透析患者の脳萎縮・認知機能障害 2. 事故と対策 3. 透析医療の災害対策 4. 透析患者のメンタルケア (時間割、講師は実施要領別紙(2)をご確認下さい)				
実習区分	1. 医師→35時間 2. 看護師・准看護師、臨床工学技士(透析経験年数1年未満)→140時間 3. 看護師・准看護師、臨床工学技士(透析経験年数1年以上)→70時間				
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	実習指定施設名			
	第1希望 No.				
	第2希望 No.				
実習希望項目 (具体的に実習で 学びたいこと)					
備考					
施設長役職・氏名・印 (押印のないものは 受付できません) ※注4	役職: 院長・理事長・左記と同等の役職()		印	研修担当部署・ご担当者氏名	
				※注5	

- ※注1. 講義受講料およびテキスト代 22,000 円(当財団賛助会員の施設長は、テキスト代 3,500 円のみ)を払い込んだ際
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できません。
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. 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。