

# 【函館五稜郭病院 CAPD認定指導看護師教育研修申込書】

FAX 0138-55-2660

函館五稜郭病院 透析センター宛

申込年月日	平成      年      月      日		
ふりがな			
氏 名			
所属医療機関/ 部署			
職 種			
連絡先住所			
電話/FAX			
E-Mail			
卒後年数	年	PD経験年数	年      ヶ月      ・      なし
日本腹膜透析医学会 学会会員資格			
希望研修日			
希望内容			