

## 腎臓病療養指導士施設研修申し込み

(申込時には2枚目の返信用 FAX 用紙にも必要事項を記載して同時に送付して下さい)

※ 本 FAX は研修施設担当者へお渡しいただけるようお願いいたします。

研修施設名：  
施設 FAX 番号：  
担当者所属名・部署名：  
担当者名：

研修申し込み者  
所属施設名：  
職種：

当該施設への申し込み： 初回、 回目

### 研修内容

希望研修件数（最大 10 件）： 件  
希望職種： 医師外来見学、看護指導、栄養指導、服薬指導

※ 件数により 2 日間以上の日程が必要となる場合があります。

研修日程希望；より詳細な日程を記載されても構いません

期間： 年 月 日～ 年 月 日  
曜日： 月、 火、 水、 木、 金、 土

その他：

# 腎臓病療養指導士施設研修希望者への連絡

(アンダーライン部は研修申込者が記載)

※ 本 FAX は研修申し込み希望者へお渡しいただけるようお願いいたします。

研修申し込み希望者名： \_\_\_\_\_

所属施設名： \_\_\_\_\_

FAX 番号： \_\_\_\_\_

受け入れ予定研修施設

研修施設名： \_\_\_\_\_

担当者所属名・部署名： \_\_\_\_\_

担当者名： \_\_\_\_\_

研修日程（研修件数： \_\_\_\_件）

※ 件数により研修日数を調整下さい。

1. 下記の日時に指定の場所にいらしてください。

① 年 月 日 ( 曜日) 時 分

② 年 月 日 ( 曜日) 時 分

受付に来訪を申し出て、連絡を取るよう伝えて下さい

⇒ 担当者に連絡してもらって下さい

来院時、次の連絡先にご連絡下さい：(内線番号)

次の待ち合わせ場所でお待ち下さい：

2. 希望の日程では調整ができません。

候補期間もしくは日程を示しますのでご検討ください。

研修費用： 無料、 1 日 円（費用は当日ご持参下さい）