

## 特定非営利活動法人 日本腹膜透析医学会

### CAPD 教育研修のご案内

#### 研修申込方法

1. 申込用紙に必要事項を記入の上、希望研修先の責任医師宛に FAX してください。  
なお申込書受理後の連絡は E-Mail で行いますので、E-Mail を必ず記入ください。
2. 申込先医療施設より、連絡があります。
3. その後、医療施設間で研修スケジュールの調整を行っていただきます。
4. 詳細については各教育研修医療施設にお問い合わせください。

#### 研修対象者

医師、看護師、その他コメディカルスタッフ

#### 教材

特定非営利活動法人 日本腹膜透析医学会 CAPD 研修テキスト

- 第 1 章 保存期患者教育
- 第 2 章 腎不全患者の麻酔と注意事項
- 第 3 章 PD カテーテル挿入術
- 第 4 章 CAPD 療法の処方
- 第 5 章 導入期患者教育
- 第 6 章 CAPD 外来患者管理
- 第 7 章 トラブル時の対応

#### 研修内容

教材テキストに準じた内容で研修が提供されます。

#### 認定証

研修者は CAPD 教育研修医療施設の責任医師の総括的評価を受けていただきます。この内容は CAPD 教育研修医療施設の事業報告書（毎年 8 月末）によって教育研修施設認定委員会に報告されます。

その後、日本腹膜透析医学会学術集会・総会の前日か翌年の 3 月または 4 月に開催される講習会にご参加いただき、受講を以て、学会認定証が交付されます。

注 1) 受講を申し込まれる方は正会員もしくは施設会員（準会員）に限ります。

（日本腹膜透析医学会の非営利事業の為）

2) 認定証は日本腹膜透析医学会の会員でなくなったときは消失します。

# 日本腹膜透析医学会 CAPD 教育研修 申込書 FAX 送信

CAPD教育研修医療機関 : \_\_\_\_\_

責任医師 : \_\_\_\_\_ 殿

申込年月日 平成 年 月 日

| 研修者所属医療機関名   |  |
|--------------|--|
|              |  |
| 連絡先電話番号      |  |
| FAX 番号       |  |
| 連絡代表者 E-Mail |  |

| 研修者氏名 |               | 職種 | 所属部署 |
|-------|---------------|----|------|
| 1     | ヨミガナ<br>研修代表者 |    |      |
|       | E-Mail        |    |      |
| 2     | ヨミガナ<br>研修者   |    |      |
|       | E-Mail        |    |      |
| 3     | ヨミガナ<br>研修者   |    |      |
|       | E-Mail        |    |      |
| 4     | ヨミガナ<br>研修者   |    |      |
|       | E-Mail        |    |      |
| 5     | ヨミガナ<br>研修者   |    |      |
|       | E-Mail        |    |      |
|       |               |    | 計 名  |

|        |          |
|--------|----------|
| 研修希望年月 | 平成 年 月ころ |
|--------|----------|

| CAPD 教育研修医療機関 使用欄 |          |
|-------------------|----------|
| 申込受理日             | 平成 年 月 日 |
| 受理責任者             |          |

CAPD 教育研修医療機関（抜粋）

公益財団法人 田附興風会 医学研究所 北野病院

責任者：武曾 惠理

住所：〒530-8480 大阪市北区扇町 2-4-20

Tel：06-6312-1251

Fax：06-6312-1251

<http://www.kitano-hp.or.jp/>