

「医療倫理講習会」「医療安全講習会」受講証明書交付願

平成 年 月 日

一般社団法人日本透析医学会
理事長 殿

会員番号

氏 名 ⑩

電話番号 ()

下記のとおり第 63 回日本透析医学会学術集会・総会会期時に開講の
臨床研究倫理・医療安全を受講しましたので受講証明書を交付願います。

記

学 術 集 会	第 63 回日本透析医学会学術集会・総会
証 明 講 習	<input type="checkbox"/> 「医療倫理講習会」 ・ <input type="checkbox"/> 「医療安全講習会」 ※該当する講習会にレ印を記入して下さい
フリ 氏 名	
生年月日	19 年 月 日
備 考	

- 注 1) 送付先住所・氏名を明記した長形 3 号封筒に 82 円切手を貼付した返信用封筒を同封すること
2) 氏名・生年月日等の個人情報本人確認のために利用し、他の目的には使用しません

申請先・問合せ先：一般社団法人日本透析医学会事務局

113-0033 東京都文京区本郷 2-38-21 アラミドビル 2 F

講習会担当(齋藤)

E-mail : manager2@jsdt.or.jp

TEL : 03-5800-0786

FAX : 03-5800-0787