

兵庫県透析医会 会員調査表

令和 年 月 日現在

ふりがな			1. 個人						
氏名			2. 医療法人						
ふりがな			3. その他 ()						
施設名			診療科目						
ふりがな			科						
施設所在地	〒								
	TEL ()		FAX ()						
ふりがな									
開設者									
ふりがな									
透析管理医師									
透析従事経験歴	年		月						
透析管理医師の 所属学会、 研究会、 専門医等	日本透析医学会		年	月～					
	日本透析医会		年	月～					
	厚労省 透析従事者研究会		年	月 終了					
	兵庫県透析研究会		年	月～					
	日本透析医学会専門医		年	月～					
	その他								
施設開設日	昭和・平成・令和		年	月 日					
透析開始日	昭和・平成・令和		年	月 日					
施設規模	1. 病院 () 床 2. 有床診療所 () 床 3. 無床診療所								
透析 機械台数 () 台 () シフト	／	月	火	水	木	金	土	日	※透析を行っている曜日を○でお示し下さい
	朝								
	昼								
	夜								
区分 ○でお示し 下さい	A ; 私的医療機関の透析施設の透析代表者 B ; 公的及びこれに準ずる医療機関の透析施設の透析代表者 C ; 勤務医及び同一医療機関の透析施設に於いて複数の会員がいる場合、又は透析に関心のある医師								