【 別　紙 】

**申込期限：令和６年６月２１日（金）**

**令和6年度 難病医療従事者基礎研修会 参加申込書**

山口大学医学部附属病院　　　　　　　　　　　　　　　　　令和 6年　　月　　日

難病対策センター　宛

**ＦＡＸ（0836）85－3238**

|  |  |
| --- | --- |
| 機関名 |  |
| 所在地（市町） |  |
| TEL |  |
| FAX |  |
| 担当者 |  |

参加登録者情報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | 所属課・室名  （係・班名） | 職種 | メールアドレス  （オンデマンド配信視聴用のURLを  開催数日前に送付いたします） |
| 氏　　　　名 |
|  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |
|  |

* ご記入いただきました個人情報は、本研修会のみに利用し、第三者に提供・開示することは一切ありません。
* 正規の手段以外によってURLを入手した方の視聴は、固くお断りいたします。

◇通信欄　（講師の先生へのご質問がありましたら6/14(金)までにお願いします）

|  |
| --- |
|  |