申込日　　　　　年　　月　　日

静岡市難病指定医オンライン研修参加申込書

１　研修参加者情報

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 |
| 氏　名 | （ 男・女 ） | 昭和平成 | 年　　 月 　　日（　　　）歳 |
| フリガナ |  |
| 住　所 | 〒　　　－　　　 |
| 電話番号 |  | 勤務医療機関 |  |
| E-MAIL | 　　　　　　　　　　　　　　　　　@ |

２　この申込書に関する問い合わせ先（利用者ガイド、仮パスワード送付先）

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者氏名 |  |
| 医療機関住所 | 〒 |
| 連絡先(TEL) |  |
| 連絡先(Eﾒｰﾙ) |  |

【提出先】

静岡市保健福祉長寿局保健所保健予防課

難病指定医研修会担当　宛て

（１）郵送による申込

〒420-0846　静岡市葵区城東町24-1

1. ＦＡＸによる申込

054－249－3153