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 |  |

２　利用者ガイド・受講URL送付先

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者氏名 |  |
| 医療機関住所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス | 　　@ |

**※FAXで文字が読みづらいことがありますので、メールアドレスは、お間違えないよう、明瞭な文字でご記入を**

**お願いします。**

３　利用者ガイド・受講URL送付方法のご希望について

　　原則、上記ご記入いただきましたメールアドレスに送付いたしますが、

紙媒体での郵送をご希望の方は、こちらに〇をご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 紙媒体での郵送を希望 | 希望する |

【提出先】

静岡市保健所　保健所総務課　疾病対策係　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