【 別　紙 】

**令和5年度 難病医療従事者研修会 参加申込書**

受付FAX番号　0836-85-3238

　　受講を希望される方は、必要事項を記入の上、FAX又は郵送でお申し込みください。

　※定員100名　参加の際はマスクの着用をお願い致します。

　※キンセルされる場合は、人数の都合上、必ずご連絡ください。

|  |  |
| --- | --- |
| ご所属 |  |
| 区分 | 該当区分に〇をしてください1.病院　2.訪問看護　3.居宅　4.行政　5.包括　6.その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| TEL | 　　　　　　　　　　　　　　 |
| FAX |  |
| 所属先　　　　　　住所 | 〒 |

参加登録者情報

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな | 職種（該当するものに〇をしてください） |
| 氏　　　　名 |
|  | 1.医師　２.看護師　3.保健師　4.PT・OT・ST　5.MSW　6.介護支援専門員　７．その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  |
|  | 1.医師　２.看護師　3.保健師　4.PT・OT・ST　5.MSW　6.介護支援専門員　７．その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  |
|  | 1.医師　２.看護師　3.保健師　4.PT・OT・ST　5.MSW　6.介護支援専門員　７．その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  |
|  | 1.医師　２.看護師　3.保健師　4.PT・OT・ST　5.MSW　6.介護支援専門員　７．その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  |

◇通信欄　（講師の先生へのご質問がありましたらご記入ください）

|  |
| --- |
|  |

難病対策センター 〒755-8505 宇部市南小串1-1-1　山口大学医学部附属病院　　TEL：（0836）85-3236