

申し込み締切日 : 第1回研修会 平成31年 5月31日(金)

申し込み締切日 : 第2回研修会 平成31年10月31日(木)

送信先 奈良県 健康推進課 難病・医療支援係 行

FAX (0742) 22-5510 (郵送先: 〒630-8501 奈良市登大路町30)

平成31年度 難病指定医及び協力難病指定医養成研修会 受講申込書

新規・更新の別に○記入→ ()新規 ・ ()更新: 指定医番号(29)

受講希望の研修 日程に○を記入 してください。		第1回 平成31年 6月16日(日)開催	
		第2回 平成31年11月17日(日)開催	
希望の研修内容に○ を記入してください。	()難病指定医養成研修会 (13:30~16:00)	()協力難病指定医養成研修会 (13:30~14:30)	
※必ずフリガナを ご記入ください。 氏 名	フリガナ		
生年月日	昭和・平成	年	月 日
医籍登録番号			
医籍登録年月日	昭和・平成	年	月 日
専門医資格	※現在有効な専門医資格を有する場合は資格名をご記入ください。		
連絡 先	所属		
	勤務先		
	住所	〒 ○で囲んでください。(自宅・勤務先・その他)	
	電話番号		
FAX番号			
質疑等			

※研修会会場は、いずれも 橿原市立かしはら万葉ホール 研修室2 です。