

【別紙】

令和5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
難病対策センター 行き

令和 5年 月 日

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 氏 名	所属課・室名 (係・班名)	職種	参加方法 どちらかに○	メールアドレス (ライブ配信ご希望の方のみ視聴用の URL を開催数日前に送付いたします)
			現地 LIVE 配信	
			現地 LIVE 配信	
			現地 LIVE 配信	
			現地 LIVE 配信	

※ ご記入いただきました個人情報は、本研修会のみ利用し、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ご記入ください）

--