

申込期限：令和7年7月1日（火）

【別紙】

令和7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 宛

令和 7 年 月 日

F A X (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	所属課・室名 (係・班名)	職種	メールアドレス (オンデマンド配信視聴用の URL を 開催数日前に送付いたします)
氏 名			

※ 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（講師の方にご質問がございましたら、6/20(金)までに、こちらにご記入ください。
ご講演内で回答させていただきます。）

--