

【別紙】

令和7年度 難病医療従事者研修会 参加申込書

申込〆切

10/31(金)

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。

※キャ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○をしてください 医療機関・訪問看護・居宅・行政・包括・その他()
TEL	
FAX	
所属先 住所	〒

参加登録者情報

どちらかの数字を○で囲んでください。

- | | |
|---------|----------------------------|
| 1. 現地参加 | 2. 後日、山大病院 YouTube チャンネル配信 |
|---------|----------------------------|

ふりがな	
氏 名	職種(該当する職種に○をしてください)
	医師・看護師・保健師・PT・OT・ST・MSW・社会福祉士 介護職・介護支援専門員・その他()
	医師・看護師・保健師・PT・OT・ST・MSW・社会福祉士 介護職・介護支援専門員・その他()
	医師・看護師・保健師・PT・OT・ST・MSW・社会福祉士 介護職・介護支援専門員・その他()
	医師・看護師・保健師・PT・OT・ST・MSW・社会福祉士 介護職・介護支援専門員・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）

--