

【別紙】

申込期限：令和 8 年 2 月 6 日(金)

令和 7 年度 難病医療従事者研修会 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 8 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	備 考
氏 名			

※ ご記入いただいた個人情報は、本研修会のみ利用。第三者に提供・開示することはありません。
※ 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（講師の荻野先生へのご質問がありましたら 2/6(金)までをお願いします）

--