

【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

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	備 考

※ ご記入いただいた個人情報は、本研修会のみに利用。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 （講師の荻野先生へのご質問がありましたら2/6(金)までにお願いします）