**申し込み締切日 ： 第１回研修会　平成３１年　５月３１日（金）**

**申し込み締切日 ： 第２回研修会　平成３１年１０月３１日（木）**

**送信先 奈良県　健康推進課　難病・医療支援係 行**

**ＦＡＸ （０７４２）２２－５５１０ （郵送先：〒６３０－８５０１ 奈良市登大路町３０）**

**平成３１年度 難病指定医及び協力難病指定医養成研修会 受講申込書**

**新規・更新の別に○記入→ (　　)新規 ・(　 )更新：指定医番号( ２９　　 　　　　　　)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受講希望の研修日程に○を記入してください。 | |  | **第１回 平成３１年　６月１６日（日）開催** | |
|  | **第２回　平成３１年１１月１７日（日）開催** | |
| 希望の研修内容に○を記入してください。 | | **(　　)難病指定医養成研修会　　　　　　　　　　　　　　　　(13:30～16:00)** | | **(　　)協力難病指定医養成研修会(13:30～14:30)** |
| **※必ずフリガナを**  **ご記入ください。**  氏　　　名 | | **フリガナ** | | |
|  | | |
| 生 年 月 日 | | 昭和 ・ 平成　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 | | |
| 医籍登録番号 | |  | | |
| 医籍登録年月日 | | 昭和 ・ 平成　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 | | |
| 専門医資格 | | ※現在有効な専門医資格を有する場合は資格名をご記入ください。 | | |
| 連  絡  先 | 所属  勤務先 |  | | |
| 住　所 | 〒  　 　○で囲んでください。 ( 自宅 ・ 勤務先 ・ その他 ) | | |
| 電話番号 |  | | |
| FAX番号 |  | | |
| 質疑等 | | | | |

　　　※研修会会場は、いずれも **橿原市立かしはら万葉ホール 研修室２**　です。