

締切日：平成30年11月30日（金）

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30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

受講希望の研修 に○をご記入く ださい。	H30年12月16日（日）橿原市立かしはら万葉ホール	
		難病指定医養成研修会（13:00～16:30）
		協力難病指定医養成研修会（13:00～14:00）
※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	
	F A X 番 号	
質 疑 等		