**FAX ０２９－８５３－７５８１　　 （申し込み期限　３月５日（火））**

**E-mail:nanbyou-c@un.tsukuba.ac.jp**

**筑波大学附属病院　病院総務部患者サービス課　難病医療センター　行**

**難病医療事務に携わる職員に対する研修会(3/12)参加申込書**

◆参加者連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| 所属機関名 |  |
| 所属機関所在地 |  |
| 申込ご担当者名 |  |
| ご担当者連絡先 | 電話　　　　　　　　　　　　　FAX |
| E-mail： |

**◆参加者**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | 課（科・室）名 | 職名 | （ふりがな）参加者名 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**◆事前アンケート**

|  |
| --- |
| １　臨床調査個人票の記載について困っていること |

|  |
| --- |
| ２　臨床調査個人票の記載不備による申請手続きが長引いた事例について |