**FAX ０２９－８５３－７５８１**

**（申し込み期限　令和元年5月17日（金）/令和元年10月11日（金）まで）**

**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**

**難病指定医・協力難病指定医研修会申込書**

◆参加希望日（どちらかに〇をつけてください）

**6月　9日　　　　／　　　　10月　27日**

◆連絡先

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

**◆難病指定医研修受講希望者**（新規・更新いずれの臨床調査個人票も作成希望の方）

　※全プログラムの受講が必要です。

|  |
| --- |
| （ふりがな）  受講者氏名 |
| （ふりがな　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| （ふりがな　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| （ふりがな　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| （ふりがな　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| （ふりがな　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**◆協力難病指定医研修受講希望者**（更新の臨床調査個人票のみ作成を希望する方）

　※「制度概要及び各種手続きについて」**（１２：３０～１３：４０）**のみ受講が必要です。

|  |
| --- |
| （ふりがな）  受講者氏名 |
| （ふりがな　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |