

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

2019 医療従事者むけ難病研修会(11/29 または 12/4) 参加申込書

◆参加者連絡先

所属機関名	
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:

◆参加者

No.	課(科・室)名 職 名	職種	(ふりがな) 参加者名	医師の方 所属郡医師会名 医師会会員の有無	希望 受講日

◆事前アンケート

1 難病の方の診断、治療、相談支援で困っていること

2 筑波大学附属病院 難病医療センターに希望すること
