

申込期限:令和6年6月21日(金)

【別紙】

## 令和6年度 難病医療従事者基礎研修会 参加申込書

山口大学医学部附属病院  
難病対策センター 宛

令和6年 月 日

**FAX (0836) 85-3238**

機関名	
所在地(市町)	
TEL	
FAX	
担当者	

### 参加登録者情報

ふりがな 氏 名	所属課・室名 (係・班名)	職種	メールアドレス (オンデマンド配信視聴用のURLを 開催数日前に送付いたします)

※ ご記入いただきました個人情報は、本研修会のみ利用し、第三者に提供・開示することは一切ありません。

※ 正規の手段以外によってURLを入手した方の視聴は、固くお断りいたします。

◇通信欄 (講師の先生へのご質問がありましたら6/14(金)までにお願ひします)

--