島根県医師会（担当：秦）行（ＦＡＸ：０８５２－２６－５５０９）

【申込締切　７月２７日（金）】

平成30年度島根県難病指定医等研修会参加申込書

（日時：平成３０年８月５日（日）９：５５～１７：００）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 指定医の区分  （該当を○で囲んでください） | １．難病指定医　　　　２．協力難病指定医　　　　３．小児慢性特定疾病指定医 | | | |
| ふりがな |  | | | |
| 氏　　　　名 |  | | | |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日生（　　　歳） | | 性　別 | 男　・　女 |
| 医籍登録番号 |  | 医籍登録年月日 | 年　　　月　　　日 | |
| 勤務先 |  | 診療科名 |  | |
| 所在地 | 〒 | | | |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  | |

※修了証に氏名等を記載しますので、楷書で正確にご記入ください。

**・参加会場（ご希望の会場に○を付けてください）**

**〔　　〕島根県医師会館　　　　〔　　〕浜田市医師会館**

**・昼食希望（いずれかに○を付けてください）**

**〔　　〕要　　　　〔　　〕不　要**