

【別紙】

申込期限：令和7年2月3日（月）

## 令和6年度 難病医療従事者研修会 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7年 月 日

**F A X (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）

※ ご記入いただいた個人情報は、本研修会のみ利用。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 1/31(金)までをお願いします）

--