難病指定医向けオンライン研修サービス利用申込書

年　　月　　日

山口県知事　様

住　所　〒

氏　名

　難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第15条第１項各号に定める研修を受講するため、下記のとおり、難病指定医向けオンライン研修サービスの利用を申し込みます。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 利用者氏名 | フリガナ  氏　　名 |  | |
| 利用区分  ※該当区分に〇 | 難病指定医　　　・　　　協力難病指定医 | | |
| 主たる勤務先  の医療機関 | 医療機関名 | |  |
| 所在地 | |  |
| 電話番号 | |  |
| 担当する診療科 | |  |
| 連絡先  メールアドレス |  | | |