**香川県難病指定医等オンライン研修受講申込書**

|  |  |
| --- | --- |
|  | 申込日　　　　年　　月　　日 |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 医籍番号 |  |  |  |  |  |  |
| (協力)難病指定医番号※お持ちの方のみ、「37(S,T,C)」から始まる10桁の番号を記入。 |  |
| 主たる勤務先 | 医療機関名 |  |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| Eメール |  |
| 希望する指定医区分（いずれかに☑） | [x]  | 難病指定医（新規及び更新用の診断書の作成可能） |
| [x]  | 協力難病指定医（更新用の診断書のみ作成可能） |

＜留意事項＞

○入力漏れのないようにしてください。

○入力が完了しましたら、下記送付先までEメールにて送付ください。

○申込内容を確認次第、ログインID・パスワードをEメールにて通知します。

|  |
| --- |
| 送付先：香川県健康福祉総務課　難病等対策グループ　あてEメール：kenkosomu@pref.kagawa.lg.jp　電話：087-832-3260※メールのタイトルを**「難病指定医オンライン研修利用申請」**としてください。 |