

協力難病指定医向けオンライン研修利用申請書

1. 申請者情報

申請日 年 月 日

フリガナ	
申請者氏名	
※指定医番号 (指定医番号をお持ちの方のみ)	
勤務先名称	
勤務先住所	

※現在協力難病指定医の資格をお持ちの方は、「14、または 57」から始まる 10 桁の番号をご記入ください。

2. 受講決定通知送付方法（希望するものに「○」をしてください。）

・ F A X

※勤務先以外に送付を希望される場合は下記に宛名をご記入ください。

宛名 :

F A X :

・ E mail

Email アドレス :

@

3. 提出先

相模原市疾病対策課 難病対策班

F A X : 042-750-3066

Email : sippei@city.sagamihara.kanagawa.jp

◎協力難病指定医向けオンライン研修利用申請書は F A X 及び E mail で提出できます。

ただし、Email で提出される場合はメールのタイトルを【協力難病指定医向けオンライン研修利用申請書】としてください。