

【別紙】

平成30年度 難病医療従事者研修会「難病患者の災害対策」参加申込書

平成30年 月 日

山口大学医学部附属病院

難病対策センター 行き

FAX (0836) 85-3238

機関名： _____

所在地： _____

担当者： _____

TEL： _____

ふりがな 氏 名	所属課・室名 (係・班名)	役職名	職 種	備 考

◇講師への質問、希望する講演内容等がございましたら御記入ください。

※申込多数の場合は先着順になります。申込期限内であっても定員になり次第締め切らせていただきます。ホームページに状況を掲載していますので、ご確認ください。

<http://www.nanbyou.med.yamaguchi-u.ac.jp/>