

【送付先】

帝京大学医学部附属病院総務課

F A X : 0 3 - 3 9 6 4 - 9 3 4 2メール soumu@teikyo-u. ac. jp

電 話 0 3 - 3 9 6 4 - 4 0 1 9

申込期限**1 1 月 1 6 日 (金 曜 日)****平成 3 0 年 度 第 2 回 難 病 医 療 ネットワーク 医 療 従 事 者 向 け 研 修****申 込 用 紙**

優先 順位	所 属 ※医療機関・区市町村等の名称からご記入 ください。	職 種	(ふりがな) 氏 名	従事している 業務の内容

※複数名の希望者がある場合には、参加者の優先順位をご記入ください。

※職種は、お持ちの資格ではなく、現在の勤務先での職種をご記入ください。

事務担当者名 _____

所属所在地 〒 _____

電話番号 _____

F A X 番号 _____