**長野県「難病指定医」「協力難病指定医」オンライン研修　受講申込書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | 申込日　　　　年　　月　　日 |
| フリガナ |  | | | |
| 氏名 |  | | | |
| (協力)難病指定医番号  ※お持ちの方のみ |  | | | |
| 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☑） |  | 難病指定医（新規及び更新用の診断書の作成可能） | | |
|  | 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・記入漏れのないようにしてください。

○入力・記入が完了しましたら、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、利用者登録用URLをEメールにて通知します。

|  |
| --- |
| 送付先：長野県健康福祉部 保健・疾病対策課 がん・疾病対策係　あて  Eメール：[gan-shippei@pref.nagano.lg.jp](mailto:gan-shippei@pref.nagano.lg.jp)　　電話：026-235-7150  ※メールのタイトルは【難病指定医研修受講申込】としてください。 |