**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　　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。 |