2019年度神奈川県難病指定医の指定に係る研修　申込書

１ 研修日程等（第１回～第２回までのいずれか１日にお申し込みください。）
※会場は全て、神奈川県総合医療会館７階講堂　横浜市中区富士見町 3-1
※時間は全て、９：30～12：00（受付９時）

回　数	日　時	定　員	申込期限
第1回	2019年6月23日（日）	250名	2019年６月７日（金）
第2回	2019年12月15日（日）	250名	2019年11月29日（金）

２ 申込内容（新規の方は⑤の記入の必要はありません）
※受講決定通知書兼研修受講確認書をお送りしますので正確に記入をお願いします。

①希望研修日	第　　回　2019年度神奈川県難病指定医の指定に係る研修										
ふりがな											
②申込者氏名											
③生年月日	昭和　　年　　月　　日					④性別	男　・　女				
⑤指定医番号（指定を受けている場合）											
⑥専門医の資格 **（該当箇所に○）**	・ 無 ・ 有 ・認定機関名（　　）学会・機構 ・専門医資格名（　　）専門医 ※ 学会が認定する専門医の資格をお持ちの方は、研修会受講が不要となる場合がありますので、別途お問い合わせください。										
⑦研修に係る通知書等の送付先 **（勤務先を記入）**	名称										
	住所	〒　　－									
	電話					ＦＡＸ					
⑧医籍登録番号											
⑨県医師会	会員　・　非会員										

３　申込先
神奈川県医師会地域保健課　**ＦＡＸ番号：０４５－２４１－１４６４**

４　問合せ先
県医師会地域保健課　福本　　電話：045-241-7000