

佐賀県難病指定医オンライン研修 受講申請書

申請日 令和 年 月 日

【本申請に関する問合せ先】

医療機関名		担当者氏名	
電話番号		メールアドレス	

※収集した個人情報は本研修会に関する連絡を行うことのみを使用します。

【研修受講医師】

ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日
------------	--	------	-------

※記入漏れのないようお願いします。

申請先メールアドレス：
佐賀県健康福祉政策課 疾病対策担当
kenkoufukushiseisaku@pref.saga.lg.jp