茨城県保健福祉部子ども政策局少子化対策課　行

**平成２８年度　茨城県小児慢性特定疾病指定医研修申込書**

FAX番号 029-301-3264

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. 日時 | | | 平成29年３月５日(日)13：00～17：00 | | | | | | | | | | | |
| 1. 会場 | | | 筑波メディカルセンター(つくば市天久保1-3-1) | | | | | | | | | | | |
| （ふりがな） | | |  | | | | | | | | | | | |
| ②　受講者氏名 | | |  | | | | | | | | | | | |
| ③　小児慢性特定疾病指定医番号  （10桁の数字） | | |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| ④　指定年月日 | | | 平成　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | |
| ⑤　生年月日 | | | 昭和・平成　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | |
| ⑥　専門医の資格の有無 | | | 有　・　無 | | | | ⑦　性別 | | | | 男　・　女 | | | |
| ⑧　主たる勤務  先の医療機  関（連絡先） | | 医療機関名 |  | | | | | | | | | | | |
| 住所 |  | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | | | | | | |
| FAX番号 |  | | | | | | | | | | | |
| ＜上記以外の連絡先＞  主たる勤務先の医療機関以外を連絡先とする場合に記入してください。 | | | 下記ア～ウのいずれかに○をつけてください。  　ア　勤務先医療機関（医療機関名　　　　　　　　）  　イ　自宅等  　ウ　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
|  | 所在地 | | 〒 | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | |  | | | | | | | | | | | |
| FAX番号 | |  | | | | | | | | | | | |

※　申込期限　　平成29年２月１日（木）まで