**難病指定医オンライン研修利用届**

　難病指定医オンライン研修の受講を希望される方は，次の事項を記入の上，郵送，ＦＡＸ，Ｅメールのいずれかで広島県に御提出ください。

　広島県から郵送またはＥメールにて利用者登録用URLを通知いたします。

１　記入事項

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふ り が な |  | | | | | | 生年月日 | 年　　月 　 日生 |
| 氏　名 |  | | | | | |
| 医籍登録番号 | | | 第 　　　　号 | | | 医籍登録年月日 | | 年　 月　 日 |
| 指定医番号（指定を受けている場合のみ） | | | | | |  | | |
| 主に従事して  いる医療機関  ※主たる勤務先の医療機関が広島県（広島市以外）（※）に所在する方のみが受講可能です。 | | 医療機関名 | | |  | | | |
| 所在地 | | | 〒　　　－  広島県 | | | |
| 電話番号 | | |  | | | |
| 利用者登録用URL  送付先  （いずれかを選択してください。） | | □ | | 「主に従事している医療機関」の住所に郵送 | | | | |
| □ | | 郵送先を別途指定（下欄に送付先を記入してください。） | | | | |
|  | | 宛　名 |  | | | |
|  | | 住　所 | 〒　　　－ | | | |
| □ | | Ｅメールによる送付（下欄に送付先を記入してください。） | | | | |
|  | | Ｅメールアドレス | ＠ | | | |

（※）主たる勤務先の医療機関が広島市内に所在する場合は，広島市健康推進課（082-504-2718）にお問合せください。

２　提出先・提出方法（１）～（３）いずれかの方法で提出してください。

（１）郵送

　　　【送付先】

　　　　〒７３０－８５１１

　　　　広島県広島市中区基町１０－５２

　　　　広島県健康福祉局　疾病対策課　疾病対策グループ

（２）ＦＡＸ

　　　【ＦＡＸ番号】

　　　　０８２－２２８－５２５６

（３）Ｅメール

　　　【Ｅメールアドレス】

[futaisaku@pref.hiroshima.lg.jp](mailto:futaisaku@pref.hiroshima.lg.jp)

　　　　※件名を「指定医オンライン研修利用届の提出」としてください。

３　問い合わせ先

　　　広島県健康福祉局　疾病対策課　疾病対策グループ

　　　電話番号：０８２－５１３－３０７０