

第24回難病医療ネットワーク推進事業研修会 ＜参加申込書＞

申込期限：令和7(2025)年2月22日(土)まで

① FAXからお申込みの場合

下欄の必要事項にご記入のうえ、FAX (0282-86-5446) まで送付ください。

施設名	
電話番号	

No.	参加者氏名 (かな)	職 種
1		医師 ・ 看護師 ・ MSW ・ 介護福祉士 ・ ホームヘルパー その他 ()
2		医師 ・ 看護師 ・ MSW ・ 介護福祉士 ・ ホームヘルパー その他 ()
3		医師 ・ 看護師 ・ MSW ・ 介護福祉士 ・ ホームヘルパー その他 ()
4		医師 ・ 看護師 ・ MSW ・ 介護福祉士 ・ ホームヘルパー その他 ()
5		医師 ・ 看護師 ・ MSW ・ 介護福祉士 ・ ホームヘルパー その他 ()

② Webからお申込みの場合

下記QRコードをスマートフォンで読み取るか、当センターホームページから、Web申込フォームへアクセスし、お申込みください。



アクセス手順：

「獨協医科大学病院 地域連携・患者サポートセンターHP > 地域医療機関の方へ > 栃木県難病医療ネットワーク推進事業研修会」からお申込みください。

QRコードURL

<https://forms.office.com/r/3ND3KQJPD3>

《連絡先》

獨協医科大学病院 地域連携・患者サポートセンター
難病サポート部門

TEL:0282-87-2383 / FAX:0282-86-5446

Mail:nanbyo@dokkyomed.ac.jp