

# 埼玉県難病指定医等研修 受講申請書

令和 年 月 日

埼玉県が行う「難病指定医等研修」は、オンラインによる研修を実施しており、受講に際してID及びパスワードが必要となります。受講に当たっては、下記の事項をすべて御記入の上、以下のメールアドレス宛に受講申請書を送付してください。送付に際して、メールの【件名】は【埼玉県難病指定医等研修 受講申請書】と記載してください。申請内容を確認後、埼玉県から受講申請書に記載されたメールアドレス宛に、ID及びパスワードを送付（メール本文にID及びパスワードを記載）します。送付する時間は、開庁時間（平日（月）～（金）8：30～17：15）となりますので、予め御了承くださるようお願いいたします。

申請先メールアドレス：a3590-18@pref.saitama.lg.jp

なお、本研修は埼玉県において難病指定医等の指定を希望する医師を対象としたものです。他の自治体での指定を希望する医師は、当該自治体に本研修の修了証が指定申請又は更新申請に利用できるか否かを御自身で御確認の上、手続きをしてください。

## 《受講を希望する医師》

氏名	(ふりがな)
申請者の連絡先	TEL： — —
ID及びパスワード送付先	E-mail：
主として指定難病の診断を行う予定の医療機関名称	
上記医療機関の所在地	〒 —
上記医療機関の電話番号	— —

本申請に関する問合せ先

所属・氏名（ ） TEL（ — — ）

※すべての事項が記入されていない場合は、ID及びパスワードを送付できませんので、記入漏れのないようお願いします。