

# 島根県肝炎医療コーディネーター活動報告書

氏名： \_\_\_\_\_ 認定番号： \_\_\_\_\_

## ◆研修会等への参加

年月日	研修会等名称	場所	確認
・	・		
・	・		
・	・		
・	・		
・	・		

※継続研修の一部免除を申請する場合は、確認欄に、県が委任した者の、押印（自筆サインも可）が必要です。

## ◆継続研修への参加確認

肝炎の現状と対策	情報・意見交換	最新情報
月 日受講	・ 月 日受講 ・ 受講免除	・ 月 日受講 ・ 受講免除

----- 折 り 線 -----

## ◆活動内容

実施した場合は、□にチェックをして下さい。

	活動内容	実施チェック
普及啓発	肝炎の検査や治療に関する普及啓発	<input type="checkbox"/>
	肝臓週間にかかるキャンペーン参加	<input type="checkbox"/>
	肝炎患者等を支援するための制度や窓口の案内	<input type="checkbox"/>
	その他（内容を記載： _____）	
個別相談 受検・受診勧奨	肝炎ウイルス検査受検状況の確認	<input type="checkbox"/>
	肝炎ウイルス検査未受検者への受検勧奨	<input type="checkbox"/>
	肝炎の検査や治療に関する情報提供もしくは相談助言	<input type="checkbox"/>
	肝炎患者等への受診勧奨	<input type="checkbox"/>
	その他活動の内容を記載： _____	
その他 具体的な 活動内容を記載	肝炎ウイルス検査受検証明カードの配布	<input type="checkbox"/>

表の◆継続研修への参加確認 欄で、その年度の継続研修受講状況を確認します。