

令和6年度島根県肝炎医療コーディネーター養成・継続研修 受講後アンケート

- ・この度は、研修を受講していただきありがとうございます。
- ・受講後のアンケート提出をもって認定となりますので、必ずご提出ください。
- ・アンケートに記載していただいた氏名や連絡先等の情報は、肝炎医療コーディネーターに
関係した情報提供に限って、使用します。

■受講者氏名

■所属名

勤務先の情報を記入して下さい。個人の方は「個人」と記入して下さい。

■職種

例：医師、看護師、保健師、養護教諭、患者会など

■住所

3月下旬に認定証を送付しますので、送付先を記入して下さい。

■電話番号

所属先または個人の連絡先を記入して下さい。

■メールアドレス

今後、県や肝疾患診療連携拠点病院（島根大学医学部附属病院）から研修会や継続研修などの情報を送付させていただきます。

該当する番号に○をして下さい

■受講内容

1. 養成研修

2. 継続研修（認定番号※： ）

※継続研修受講の方で認定番号が不明の場合は空欄にしてください。

①肝炎対策の現状と課題－肝炎医療コーディネーターが推進する日本の肝炎対策－

1. 受講した

2. 受講免除（令和5年度に受講済み）

②島根県の肝炎の現状と助成制度について

1. 受講した

③「肝炎医療コーディネーターに知っておいてほしい肝臓のこと～島根県における肝がんの実態」

1. 受講した

2. 受講免除（免除要件に該当あり）

④肝炎訴訟について（養成研修の方のみ記入してください。）

1. 受講した

■自由記載

感想やご意見等がある場合は、記入をお願いします。

ご回答ありがとうございました

【提出先】

島根県健康福祉部 薬事衛生課 川瀬あて

TEL：0852-22-6532

FAX：0852-22-6905

メール：kansen2@pref.shimane.lg.jp