

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
・		
・		
・		
・		
・		

◆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"/>
	肝炎ウイルス検査受検証明カードの配布	<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		

活動が実施できていない場合は、理由をお書きください。（今後の取組の参考にさせていただきます。）

※記載後、提出（郵送または Fax）願います。

提出先 〒690-8501 松江市殿町1 島根県健康福祉部薬事衛生課感染症対策係
 (Tel : 0852-22-5254 FAX : 0852-22-6905)