様式３

島根県肝炎医療コーディネーター　辞退届

（元号）　　年　　月　　日

島　根　県　知　事　様

所　　　属：

（個人の場合空欄）

所属長氏名：

（個人の場合は個人名） 　　印

連絡先： <Tel> － －

<Fax> － －

<E-mail>　　　　　　　　　＠

下記の者について、島根県肝炎医療コーディネーターを辞退したいので、次のとおり届け出ます。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 | 認　定　番　号 | 理　　　由 | 備　　　考 | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
| 【所属のみ】 | | | | |
| 上記の者が辞退後の当所属内の肝炎医療コーディネーターの人数 | | | | 人 |

辞退された方を除いた所属の肝炎医療コーディネーターの人数を記載してください↑

※所属の肝炎医療コーディネーターが**０人**となった場合は、**ホームページより所属名を削除します**。

※所属を変わる場合や個人で、引き続き肝炎医療コーディネーターとして活動する意欲のある場合は、備考欄に、新たな所属名あるいは個人で活動する旨を記載してください。

記載がある場合は、直ちに認定及び登録の取消を行いませんが、新たな所属名の記載があっても、所属長氏名で研修受講申込書の提出があり、その研修を受講するまでは、個人での活動となります。

（個人で認定されていた方の記入について）

※表に氏名、認定番号及び理由を記入願います。所属内のコーディネーターの人数は記載不要です。

※記載後、提出（郵送）願います。（ＦＡＸあるいはメールでは受理できません）

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グループ

　　　　　　　　　　　（お問合せ先　Tel：0852－22－6532）