

第 一 号

認 定 証

氏名

あなたは、(元号) ____年度島根県肝
炎医療コーディネーター養成研修会を
受講し、「島根県肝炎医療コーディネー
ターの養成および活用に関する要綱」
第5条第4項の規定により登録された
「島根県肝炎医療コーディネーター」で
あることを認定する。

(元号) 年 月 日

島根県知事 ○○ ○○

