

島根県肝炎医療コーディネーター養成研修受講申込書

(元号) 年 月 日

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>

@

下記のとおり受講を申し込みます。

- ◆参加を希望する研修（複数日時・会場を希望する場合はそれぞれ作成すること）

日時 :

会場 :

- ◆参加者

所属課名	職種・氏名	連絡先	備考
		<Tel> <Fax> <e-mail>	
		<Tel> <Fax> <e-mail>	
		<Tel> <Fax> <e-mail>	

※連絡先は、<e-mail>あるいは<Fax>を必ず記載してください。

(<e-mail>が利用できない場合のみ<Fax>を使用します)。

この連絡先は、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。

(県庁薬事衛生課、各保健所又は島根大学医学部附属病院 肝疾患相談・支援センターから、発信します)

連絡先が所属の代表者欄の記載のものと同じ場合は、記載不要です。

※過去に肝炎医療コーディネーターとして認定を受けたことがあり、その後下記の事由により取り消されたことがある場合は、その取り消し時期と、事由の番号を備考欄に記入下さい。

事由① 継続研修を3年続けて受講しなかったとき

事由② 辞退届を提出（養成あるいは継続研修を3年以上受講していない場合）

※申込書は、研修会場毎に作成し、提出(郵送)をお願いします。