様式１

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：

（個人の場合は個人名）

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）

連絡先が所属の所属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(郵送またはFax)をお願いします。

※提出先(郵送またはFax)

　〒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　）