

島根県肝炎医療コーディネーター継続研修受講申込書

(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

氏名	認定番号	備考

※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

(継続研修の対象者について)

※職場の転勤など肝炎対策に携わらなくなった場合等で所属機関からの辞退届を提出していても、個人での活動に意欲がある場合には、個人での申し込みができます。

※職場が変わっても引き続き肝炎対策に関わられる場合は、一度、旧所属機関で辞退届を提出し、新たな所属機関の継続研修の対象者となることができます。

※ただし、いずれの場合も、過去3年間のうち1度は養成あるいは継続研修を受講されていることが必要です。継続研修の申し込みされる場合は、備考欄に、辞退届を提出された時期と旧所属機関名を記載して下さい。

過去3年以上、受講されていない場合は、継続研修は受けることはできません、養成研修を受講して下さい。(様式1により申込)

※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)