

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 :

(個人の場合は個人名)

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。

※所属が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。

(個人で認定されていた方の記入について)

※表に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(郵送またはFax)願います。

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対策係

(Tel : 0852-22-5254 FAX : 0852-22-6905)