

令和5年度肝疾患コーディネーター養成研修会 参加申込書

<申し込み先>

〒320-8501 宇都宮市埜田 1-1-20
栃木県保健福祉部感染症対策課
感染症対策担当 柿沼
メール kakinumay01@pref.tochigi.lg.jp
FAX 028-623-3759

下記に御記入の上、令和5(2023)年9月29日(金)までにメール又はFAXにてお申し込みください。

所 属	
所在地又は住所	〒
電 話 番 号	
メールアドレス	<input type="checkbox"/> アドレスなし
職 種	医師・歯科医師・保健師・看護師・薬剤師・ 臨床検査技師・放射線技師・MSW・医療事務・ 一般参加・その他（ ）
ふりがな 氏 名	
既にコーディネーターとして認定された方の再受講	<input type="checkbox"/> 再受講

※勤務先がある方は、その所属及び所在地を御記入ください。

一般参加の方は、住所以下を御記入ください。

また、御記入いただいた情報は、県及び市町、栃木県肝疾患診療連携拠点病院・業務委託業者（業務委託は本年度のみ。別記、重要事項参照の事）において共有し、肝疾患コーディネーター認定者への情報提供のための連絡等肝炎対策事業の中で使用いたしますので、予め、このことについて同意の上、参加申込みくださるようお願いいたします。なお、今後の連絡を円滑に実施するため、メールアドレスの登録をお願いいたします。