（別紙様式）

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　宇都宮市塙田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 | □　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 | □　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します。