（別紙様式）

平成３０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

　　栃木県保健福祉部健康増進課

感染症・新型インフルエンザ対策担当　新井

　　ＦＡＸ　　０２８－６２３－３９２０

　　メール　　kenko-zoshin@pref.tochigi.lg.jp

下記に御記入の上、**平成３０（２０１８）年６月２０日（水）**までにＦＡＸ又はメールにてお申し込みください。

|  |  |
| --- | --- |
| 所　属 |  |
| 所　在　地 |  |
| 電　話　番　号 |  |
| 所属メールアドレス |  |
| 職　種 | 保健師・看護師・薬剤師・その他（　　　　　　　　　） |
| ふりがな氏　名※再受講の場合は、「再受講」と併記 |  |

※所在地や連絡先は、所属の情報を御記入ください。

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。