**10月21日(土)　山形県肝炎医療コーディネーター養成講習会申込書**

**FAX　023-625-4294**

**山形県健康福祉部健康福祉企画課**

**山形県肝炎医療コーディネーター養成講習会事務局　尾形　行**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **職　種**（医師、看護師、薬剤師、保健師、ソーシャルワーカー等） |  | すでにコーディネーター認定されている方は〇をつけてください |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

【ご連絡先】

：

貴施設名：

ご住所：〒

電話番号：　　　　　　　FAX番号：

代表者様メールアドレス：

上記ご記入のうえ、令和5年10月13日（金）までに

FAXにてお申込みいただきますようお願いします。