

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)	(ふりがな) 氏 名	すでにコーディネ ーター認定されて いる方は○をつけ てください

**【ご連絡先】**

(ふりがな)  
お申込者氏名 : \_\_\_\_\_

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いたします。