

10月19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

《申込先》

FAX 023-625-4294

メール seiis@pref.yamagata.jp

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 清井 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6年10月11日(金)までに

FAX 又はメールにてお申込みいただきますようお願いいたします。