別紙２

(肝疾患相談センター FAX：025-223-6193)

**平成29年度新潟県肝炎医療コーディネーターフォローアップ研修**

**参　加　申　込　書**

|  |  |
| --- | --- |
| 所　　　属 |  |
| 申込責任者 |  |
| 電話番号 |  |

1. **参加申込者**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所属部署 | 職　　　名（職　種） | 氏　　　　名 | コーディネーター研修受講歴 |
|  | （　　　　　　　　） |  | □受講歴あり（平成　　　　年度受講）□受講歴なし |
|  | （　　　　　　　　） |  | □受講歴あり（平成　　　　年度受講）□受講歴なし |
|  | （　　　　　　　　） |  | □受講歴あり（平成　　　　年度受講）□受講歴なし |

1. **ウイルス肝炎に関する質問・相談の場面で回答が難しかった、または、回答に迷った相談内容がありましたら、御自由に記入願います。**

|  |
| --- |
|  |

**提出期限：平成29年10月20日（金）**