

(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
	( )		<input type="checkbox"/> 受講歴あり (平成 年度受講) <input type="checkbox"/> 受講歴なし
	( )		<input type="checkbox"/> 受講歴あり (平成 年度受講) <input type="checkbox"/> 受講歴なし
	( )		<input type="checkbox"/> 受講歴あり (平成 年度受講) <input type="checkbox"/> 受講歴なし

2. 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)**