様式２

**佐賀県肝炎医療コーディネーター**

**登録辞退届**

年　　月　　日

佐賀県知事様

佐賀県肝炎医療コーディネーター事業実施要領第８の規定に基づき、佐賀県肝炎医療コーディネーターの登録を下記のとおり辞退します。

記

１．登録者氏名

２．生年月日　　　　昭和・平成　　　　年　　　　月　　　日生

３．登録時の所属

＜提出先＞

佐賀県庁健康増進課　がん撲滅特別対策室

肝炎医療コーディネーター担当

メールアドレス：kanco@pref.saga.lg.jp