**佐賀県肝炎医療コーディネーター**

**スキルアップ研修会　参加申込書**

　　　　　　　　　　　　　佐賀県 健康増進課 がん撲滅時別対策室

申込先

　　　　　　　　　　　FAX：0952-25-7268

　　　　　　　　　　　E-mail：kenkouzoushin@pref.saga.lg.jp

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **受講希望日** | **・１０月１２日（金）** | **・１１月１８日（日）** |
| **希望する日に○（**両日とも受講希望の場合は両方に○をつけてください） |
| （ふりがな）申込者氏名 | 　 |
| 　 |
| 御所属 | 施設名 |  |
| 所在地 | 〒　　　　　－ |
| 連絡先 | TEL： | FAX： |
| E-mail（必須）： |
| ※ 電話、メールアドレスは必ずご記入ください（所属が変わられた場合でも必ず連絡が取れるものをご記載ください） |
| 職種 | □ 保健師　　　□ 看護師（准看護師含む）　　　□ 薬剤師　　　□ 臨床検査技師□ 栄養士　　　□ MSW　　　□ 事務職□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 養成研修会の受講年度・受講番号 | 受講年度 | 受講番号 |
| 平成 |  | 年度 |  |

※ 上記の個人情報は、標記研修会の受講登録のほか、肝炎医療コーディネーターの活動支援、

　　　連絡簿の作成など、佐賀県の肝疾患対策のために使用します。それ以外の目的には使用しません。