

別紙様式

送付先（メール） goto.daiki.g8@mail.f.thers.ac.jp

送付先（FAX） 058-230-7035

岐阜大学医学部附属病院 肝疾患診療支援センター 後藤

令和6年度 肝炎医療コーディネーター養成講習会受講申込書

「肝炎医療コーディネーター養成講習会」への参加を希望します。

ふりがな	
氏名	
職種	医師・薬剤師・保健師・看護師・検査技師・放射線技師・管理栄養士 ソーシャルワーカー・事務・医師事務作業補助者 ・その他()
所属先 名称	
所属先 住所	〒 —
メール アドレス	
所属先 電話番号	— —
所属先 FAX番号	— —

注意：上記の黒枠は修了証発行及び郵送時に参照します。正確にご記入ください。

※個人情報 は肝疾患診療支援センターのイベント等の案内に使用させていただきます。

事務連絡欄（ここは記入しないでください）

✓ 受付日 _____

✓ 受講番号 _____