令和５年度　肝炎医療コーディネーター養成講習会受講申込書

２０２４年２月５日（月）～３月１日（金）

「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・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。

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