

別紙様式

送付先（メール） gifshien@gifu-u.ac.jp

送付先（FAX） 058-230-7037 岐阜大学医学部附属病院 肝疾患診療支援センター

令和4年度 肝炎医療コーディネーター養成講習会受講申込書

2023年2月18日（土）開催

「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		性別	男・女
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：上記の黒枠は接続、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 _____

✓ 受講決定書を電子メールの送信日 _____