

別紙様式

FAX送付先 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

## 令和2年度 肝炎医療コーディネーター養成講習会受講申込書

2021年1月16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 \_\_\_\_\_