

(様式2)

年 月 日

香 川 県 知 事 殿

(〒 )  
所 在 地

所属機関名  
所属長氏名

香川県肝炎医療コーディネーター登録名簿に係る登録申請書

香川県肝炎医療コーディネーターの養成及び活用に関する要綱第8条第1項の規定により、香川県肝炎医療コーディネーター認定証(様式1)の交付を受けた者のうち、コーディネーター間で共有する香川県肝炎医療コーディネーター登録名簿(様式3)への記載に同意した下記の者について、同要綱第8条第2項に基づき登録申請します。

記

部署名 (相談受付窓口)	職種	氏名	連絡先(電話番号)

(注) 本申請書により得られた情報に基づき、香川県肝炎医療コーディネーター登録名簿(様式3)を作成し、コーディネーター間で共有するものとする。