

埼玉県肝炎医療コーディネーター養成研修会
参加申込書

申込日 平成 30 年 月 日
機関名
担当者
電話
FAX

次のとおり申し込みます。

氏 名	生年月日	職種	機関名	※お弁当
				必要・不要
				必要・不要
				必要・不要
				必要・不要
				必要・不要

申し込み期限 平成 30 年 10 月 19 日

※当日は昼食用に無料でお弁当をご用意致します。ご利用の有無を必ずご記入ください。

※ご送付いただいた参加申込書について受領の返答は致しておりません。

※本紙は、肝炎地域コーディネーター養成研修会の申込書ではありません。御注意ください。

《参考》2 種類のコーディネーターの概要について

※詳細は『「埼玉県肝炎医療コーディネーター」・「埼玉県地域コーディネーター」について』をご覧ください。

埼玉県肝炎医療コーディネーター

日 時：平成 30 年 11 月 4 日（日）9:30～16:30
場 所：埼玉県県民健康センター 大ホール・大会議室 A B
対象者：肝疾患診療に関する地区拠点病院、一次医療機関、
薬局等で勤務している職員等（職種不問）

埼玉県肝炎地域コーディネーター

日 時：平成 30 年 11 月 29 日（木）13:30～17:00
場 所：埼玉県県民健康センター 大会議室 C
対象者：行政機関の肝炎事業担当者、民間企業等で労働者の健康管理を行う職員、患者会会員等（職種不問）