年　　月　　日

長野県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

長野県肝炎医療コーディネーター申込書

長野県肝炎医療コーディネーターとして活動することを希望しますので、「長野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５条第２項の規定により申し込みます。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所属機関 | 名　　　称 |  |
| 住　　　所 |  |
| 部署名等 |  |
| 職　種　等 |  |
| 連　絡　先(電話番号) |  |