

令和3年度  
長崎県肝疾患コーディネーター養成研修会  
参加申込書

## 【送付先】

国立病院機構 長崎医療センター 肝疾患相談支援センター 富永

Mail : [tominaga.rumi.bq@mail.hosp.go.jp](mailto:tominaga.rumi.bq@mail.hosp.go.jp)

FAX : 0957-52-8229

申込期限 令和4年1月20日(木)まで

※メールでの申請の場合は下記を本文に記載されても結構です。

会場

Web

どちらかに○

ふりがな お名前	
送付先住所	〒
所属名・課名	
職種	
連絡先	TEL :
<b>必須</b> メールアドレス	

※ 合格者には後日、長崎県肝疾患コーディネーター認定書を送付いたしますので、所在地や連絡先は正確に御記入ください。

※ **個人のメールアドレス**をご記入ください（施設が変わっても資格は有効ですので個人所有の連絡先登録にご協力ください）。

※ 御記入いただいた情報は、県及び市町、長崎県肝疾患診療連携拠点病院において共有し、肝疾患コーディネーター認定者への情報提供のための連絡等肝炎対策事業の中で使用いたしますので、予め、このことについて同意の上、参加申込みくださるようお願いいたします。