（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。