

様式 2

佐賀県肝炎医療コーディネーター 登録辞退届

年 月 日

佐賀県知事様

佐賀県肝炎医療コーディネーター事業実施要領第 8 の規定に基づき、佐賀県
肝炎医療コーディネーターの登録を下記のとおり辞退します。

記

1. 登録者氏名 _____
2. 生年月日 昭和・平成 年 月 日生
3. 登録時の所属 _____

< 提出先 >

佐賀県庁健康増進課 がん撲滅特別対策室
肝炎医療コーディネーター担当

メールアドレス：kanco@pref.saga.lg.jp