

# 平成30年度 肝炎医療コーディネーター養成研修会

## 受講申込書

申込先

事務局 株式会社西日本企画サービス 佐賀支店

FAX: (0952) 20-1416

E-mail: kaneniryousaga@nksnet.co.jp

提出締切

9月28日(金)

(ふりがな) 申込者氏名 ・性別	----- <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		生年月日 (年齢)	西暦 年 月 日 ( 歳)	
	申込者住所	〒( )	申込者 電話番号		
メールアドレス( ) ※アドレスを登録する事が養成研修会を受講する <b>必須条件</b> になります。 ※万が一御所属が変わられた場合も、必ず連絡がとれるメールアドレスをご記載ください。					
所属施設 (例) ・消化器内科外来 ・病棟 など	所在地	〒( )			
	連絡先	TEL ( ) FAX ( ) ※確認しやすいもの			
	行政	<input type="checkbox"/> 役所、役場( ) 課) <input type="checkbox"/> 保健福祉事務所等の県職員( ) 課) <input type="checkbox"/> その他( )			
	医療機関	<input type="checkbox"/> 病棟( ) <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 健診センター <input type="checkbox"/> その他( )	患者会等	<input type="checkbox"/> 患者会( ) <input type="checkbox"/> がん予防推進員 <input type="checkbox"/> がん検診向上サポーター企業 <input type="checkbox"/> その他( )	
	検査機関	<input type="checkbox"/> ( )			
職種	<input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 看護師(准看護師含む) <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> MSW <input type="checkbox"/> 事務職 <input type="checkbox"/> 医薬品卸業 <input type="checkbox"/> その他( )				
肝疾患患者と 関わる頻度	<input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 週 ( )回	参加目的 (必須)			
申し込みの際に以下の項目をご確認いただき、ご承諾のチェック☑を入れてください。 <input type="checkbox"/> メールアドレスの登録を行い、佐賀県、肝疾患センターからの案内等を受け取ります。 <input type="checkbox"/> 受講後、認定された場合、一年毎の継続の確認及び、アンケートに協力します。					

※研修会の詳細については、後日受講決定通知と併せ、肝疾患センターからお知らせします。

上記の個人情報は、標記研修会の受講登録のほか、肝炎コーディネーターの活動支援、連絡簿の作成のために使用します。その他の目的に使用することはありません。