

(様式1)

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)	

上記の者は、長野県肝炎医療コーディネーターとして適任であると認められます。

所属機関
住 所
名 称
代表者

印