**FAX返信先：０７４２－２７－８２６２**

**＜平成30年度奈良県肝炎医療コーディネーター養成研修会参加申込書＞**

日時：平成３０年８月２８日（火）　１０：００～１６：３０（受付　９：３０～）

場所：奈良県医師会館会議室

※公共交通機関をご利用ください。駐車場は混雑しますので、駐車できない場合があります。

締め切り　平成30年8月17日（金）

※　定員になり次第締め切ります。定員超過で参加いただけない場合のみ連絡します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所　　属　　名  （市町村名・医療機関名） |  | |
| 所　属　住　所 |  | |
| 課名・職種 |  | |
| （ふりがな）  申込者氏名 | ※認定証を交付するため、楷書で記入して下さい。 | |
| 連絡先電話番号 |  | |
| 連絡先メールアドレス |  | |
|  | | |
| 研修会終了後、医師等による肝炎に関する個別相談会を受け付けます。  相談希望の有無及び主な相談内容を記載ください。 | 有　　　・　　　無 | |
| （該当の□にチェックをお願いします。）  □肝疾患に関すること  （B型肝炎・C型肝炎肝硬変・肝癌・アルコール性肝疾患・非アルコール性脂肪肝・自己免疫性肝疾患）  ※該当する疾患名に○をつけて下さい。  □病診連携について  □コーディネーターの役割について  □市町村の肝炎対策の進め方について  □その他 | （左記の内容を簡潔にご記入下さい。） |

|  |
| --- |
| 【お問い合わせ・お申し込み先】  奈良県福祉医療部医療政策局疾病対策課感染症係  〒630-8501　奈良県奈良市登大路町30番地  TEL：0742-27-8612 FAX：0742-27-8262 |