**FAX返信先：０７４２－２７－８２６２（県疾病対策課）**

**＜令和元年度 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＞**

**この申込書のみ送付ください。送信票は不要です。**

日時：令和元年９月３日（火）　１２：３０～１７：００（受付　１２：００～）

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　令和元年8月20日（火）

※　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 |  |

|  |
| --- |
| 【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 |