別紙(1)

健康対策課　近藤　あて　（ＦＡＸ：０８８－８７３－９９４１）

「令和６年度高知県肝炎医療コーディネーターフォローアップ研修会」

参加申込書

１　出席者について

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名  市町村名 |  | 診療科名  所属課名 |  |
| 職種・氏名 |  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| 出席方法 | 現地　・　オンライン（○をお願いします。） | | |
| メールアドレス |  | | |
| ＴＥＬ・ＦＡＸ |  | | |

別紙(2)アンケートへもご回答の上、２通併せて送付をお願いします。

送付期限：令和６年12月16日（月）