**提出先 広島県　健康福祉局　疾病対策課　精神保健グループ**

**ＦＡＸ：０８２－２２８－５２５６**

**メール：futaisaku@pref.hiroshima.lg.jp**

研修を修了し，アルコール健康障害サポート医等の

認定を受け，県ホームページでの公表に同意する場合

別記様式第１号（第４条第１項関係）

**同　　意　　書**

　私は，広島県アルコール健康障害サポート医等（広島県アルコール健康障害サポート医等設置要綱第３条に規定する研修修了者）として，氏名，勤務先名，診療科名，勤務先住所，所属連絡先を，広島県ホームページにおいて公表することに同意します。

　広島県知事　様

　　令和　　年　　月　　日

氏　　　名

勤　務　先

診　療　科

勤務先住所

所属連絡先

メールアドレス

*※メールアドレスは県ホームページでは公表しません。*

*研修情報等の提供を希望される場合にご記入ください。*