令和４年度　ひろしま肝疾患コーディネーター継続研修　申込書

【申込期間8/22～9/16】 所属機関名（担当者名）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所属部署名 | 職　名 | フリガナ 氏　名 | 認定証送付先住所※１ | 参加方法※２ | |
| Ｗｅｂ | 現地  参加 |
|  |  |  | 自宅 ・ 所属機関  〒  Tel： |  |  |

|  |
| --- |
| メールアドレス  （小文字・大文字がわかりやすいように記載をお願いします。） |
|  |

※１　送付先区分に○をし，所属機関の場合は所属部署名まで明記してください。

※２　希望する参加方法に〇を記入してください。

原則，Ｗｅｂ参加になりますが，Ｗｅｂ参加が難しい場合は，現地参加も可能です。

ひろしま肝疾患コーディネーター登録票①～③の項目にもご記入ください。

1. 個人情報の取扱について

　県では，県内全域のリーダーとして総括肝疾患コーディネーター，地域のリーダーとして特任肝疾患コーディネーターを認定しています。コーディネーター同士が連携して活動を行うため，必要に応じて県が総括・特任と情報共有したいと考えております（例：院内で連携するため，同じ病院に所属するコーディネーターの氏名を特任に情報提供する　等）。

※下記以外の項目（個人の住所や連絡先等）は情報共有しません。

　情報共有を希望しない項目にチェックをつけてください。

　　□氏名　　　　□所属先情報（名称・部署等）　　　□認定年度　　　　□継続研修受講状況

②登録内容の変更について，変更があればご記入ください。

（１）今後の継続研修や講習会等の案内先

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　名 | 案内方法※１ | メールアドレス又は送付先住所※２ |
|  | メール・郵送（自宅・所属機関） |  |

※１該当項目に○をしてください。※２所属機関へ郵送希望の場合，所属部署名まで明記してください。

（２）氏名や所属先等について

変更前（　　　　　　　　　　　　　　　　）　変更後（　　　　　　　　　　　　　　　　）

（３）所属機関等の県ホームページへの掲載について　　　　　　掲載可能　　・　　掲載不可

掲載可能な場合の掲載事項

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所在地 | 所属部署名 | 問合せ先（電話番号） |
| 〒 |  |  |