令和３年度　ひろしま肝疾患コーディネーター養成講座　申込書

所属機関名

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所属部署名 | 職　名 | 氏　名 | 認定証送付先住所※１ | 希望会場※２ | 参加方法※３ |
| 広島 | 福山 | Ｗｅｂ |
|  |  |  | 自宅 ・ 所属機関〒Tel： |  |  | ○ |

|  |
| --- |
| Ｗｅｂ参加ＵＲＬ送付先メールアドレス※3（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　参加を希望する会場に○を記入してください。

※３　参加方法はweb受講のみです。後日，参加ＵＲＬを送付します。

ひろしま肝疾患コーディネーター登録票

　ひろしま肝疾患コーディネーターとして認定された場合，県で情報を登録するため，①～④にご記入ください。

①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

※ご自宅や個人名を掲載することはありません

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） |
| 〒 |  |  |

②今後の継続研修や講習会等の案内について

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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　いずれかに○してください

※２　所属機関への郵送希望の場合は，所属部署名まで明記してください。

▲裏面もございます。

③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）。

　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

　　※上記以外の項目（個人の住所や連絡先等）は情報共有しません。

④薬剤師免許をお持ちの方で該当する方のみ，ご記入してください。

現在，公益財団法人日本薬剤師研修センターの研修受講シール及び一般財団法人日本病院薬剤師会の研修単位シールについて，調整中です。

シールの受け取りには薬剤師免許番号が必要になりますので，ご記載をお願いします。

|  |
| --- |
| 薬剤師免許番号 |
|  |
| 希望シール※１ |
| **公益財団法人日本薬剤師研修センター　　　・**　　　　**一般財団法人日本病院薬剤師会****（研修受講シール）　　　　　　　　　　　　　　　（研修単位シール）** |

※１ いずれかに○をしてください

●ＦＡＸで申込書を提出される場合は，ご記載をお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名 | 所属機関 |
|  |  |

●機関にてまとめて送付される場合は，ご記載をお願いします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申込担当者氏名 | 職名 | 連絡先電話番号 |
|  |  |  |