

(別紙)

送信日： 年 月 日

参加申込書 (9/16 養成研修会用)

宮崎県福祉保健部健康増進課
疾病対策担当 内田 宛て
(FAX : 0985-26-7336)

施設名： _____

送信者： _____

電話番号： _____

令和元年度「肝炎医療コーディネーター養成研修会」

標記研修会への参加申込者は次のとおりです。

所属部署等	役職名	氏名

【参加申込書 提出期限】

令和元年9月11日(水)

(別紙)

送信日： 年 月 日

参加申込書（12/15 キャリアアップ研修会用）

宮崎県福祉保健部健康増進課
疾病対策担当 内田 宛て
(FAX : 0985-26-7336)

施設名： _____

送信者： _____

電話番号： _____

令和元年度「肝炎医療コーディネーターキャリアアップ研修会」

標記研修会への参加申込者は次のとおりです。

所属部署等	役職名	氏名	養成研修受講年度 (本年度の養成研修受講予定の方は令和元年度と記載)
			年度
			年度
			年度
			年度
			年度

【参加申込書 提出期限】

令和元年11月29日（金）