別　紙

＜送付先＞

〒755-8505　山口県宇部市南小串１－１－１

山口大学医学部附属病院　肝疾患センター　行

ＦＡＸ：**0836-22-2110**

平成２９年度山口県肝疾患コーディネーター養成講習会

**受 講 申 込 書**

施設名【　　　　　　　　　　　　　　　　　】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所属名 | 氏 名（ふりがな） | 職 種 |
|  |  | 看護師・保健師・薬剤師・管理栄養士・医療ソーシャルワーカー・臨床検査技師 |
|  |  | 看護師・保健師・薬剤師・管理栄養士・医療ソーシャルワーカー・臨床検査技師 |
|  |  | 看護師・保健師・薬剤師・管理栄養士・医療ソーシャルワーカー・臨床検査技師 |

**※上記氏名、ふりがなを認定証書等へ転記いたしますので、読みやすい大きな文字で、**

**はっきりと記入してください。**

**※提出後、変更がある場合は開催日1週間前までに必ずご連絡ください。**

**※受講が決定次第、受講決定通知書を送付します。通知書送付のため、確実に届く住所の記載をお願いします。（受講決定通知書が届かない方はご連絡下さい）**

【申込担当者】

氏名：

施設住所：

ＴＥＬ：

ＦＡＸ：