

令和元年度北海道肝炎医療コーディネーター研修会
参加申込用紙

送付先：北海道大学病院 肝疾患相談センター（北海道大学病院内）

FAX：011-706-5630

住 所：〒060-8648 札幌市北区北14条西5丁目

Eメール：liver_reception@huhp.hokudai.ac.jp

日時：令和元年10月26日(土) 9：00～15：00
場所：北海道大学学術交流会館 2階講堂 札幌市北区北8条西5丁目
定員：先着150名（定員に達した場合、お断りすることがございます。予めご了承ください）
申込締切：令和元年9月30日（月）
※例年、締切日を待たずに定員に達しております。受講ご希望の方はお早めにお申込ください。
※既に肝炎医療コーディネーターに認定されている方は本研修会を受講できませんので、何卒ご了承ください。

《研修会へ参加を希望される方は、以下の欄にご記入の上、お申込をお願いいたします。》

医療機関名													
医療機関住所	〒												
連絡先電話番号													
参加者氏名 職種	※1 複数申込の場合はご代表者様に☑をお願いいたします。 ※2 認定証の交付のため、氏名を正確にご記入ください。 ※3 氏名は姓と名の間を1字空けてください。 ※4 必ず出席できる方の氏名をご記入ください。 ※5 書ききれない場合はコピー等にてご使用ください。 ※6 読み取れない場合、確認のお電話をさせていただきます。何卒ご了承ください。												
記入見本 ☐ 氏名 ↑ 複数申込の場合、 ご代表者様に☑を 入れてください。	フリガナ ホ ク ダ イ ハ ナ コ <table><tr><td>北</td><td>大</td><td></td><td></td><td>花</td><td>子</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 職種： 看護師	北	大			花	子						
北	大			花	子								
☐ 氏名 ↑ 複数申込の場合、 ご代表者様に☑を 入れてください。	フリガナ <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 職種：												
☐ 氏名 ↑ 複数申込の場合、 ご代表者様に☑を 入れてください。	フリガナ <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 職種：												
☐ 氏名 ↑ 複数申込の場合、 ご代表者様に☑を 入れてください。	フリガナ <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 職種：												
☐ 氏名 ↑ 複数申込の場合、 ご代表者様に☑を 入れてください。	フリガナ <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 職種：												

※受付後、当センターより聴講券を送付いたします。送付されない場合はお手数ですがご連絡をお願いいたします。