（様式３）

令和　　年　　月　　日

　岐阜県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 医療機関名

所属長　　　　　　 　　　　　　印

岐阜県肝炎医療コーディネーターの登録依頼について

岐阜県肝炎医療コーディネーター登録要綱第３条第１項の要件を満たす下記の者について、同条第３項に基づき依頼しますので、岐阜県肝炎医療コーディネーターとして登録願います。

記

　対象者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 部署名 | 職種 | 氏名 | 連絡先(電話番号) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |