

(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)