

# 令和5年度 秋田県肝炎医療コーディネーター養成研修会（12/15開催）について

次により、研修会に参加します

機関・団体・市町村名等		部署等	
参加方法	オンライン	会場 ※収容人数の関係でお断りする場合があります	TEL

※以下、研修会に参加する方の情報を記載してください。

部署等	職名	(職種)	参加者氏名	メールアドレス
秋田県主催の肝炎CO研修への参加履歴(不明の場合は直近で可)	<input type="checkbox"/> 今回が初めて	<input type="checkbox"/> R4 (年度)	<input type="checkbox"/> R3 <input type="checkbox"/> R1 <input type="checkbox"/> H30 <input type="checkbox"/> H29 <input type="checkbox"/> H28 <input type="checkbox"/> H27 <input type="checkbox"/> H26 <input type="checkbox"/> H25	
秋田県主催の肝炎CO研修への参加履歴(不明の場合は直近で可)	<input type="checkbox"/> 今回が初めて	<input type="checkbox"/> R4 (年度)	<input type="checkbox"/> R3 <input type="checkbox"/> R1 <input type="checkbox"/> H30 <input type="checkbox"/> H29 <input type="checkbox"/> H28 <input type="checkbox"/> H27 <input type="checkbox"/> H26 <input type="checkbox"/> H25	
秋田県主催の肝炎CO研修への参加履歴(不明の場合は直近で可)	<input type="checkbox"/> 今回が初めて	<input type="checkbox"/> R4 (年度)	<input type="checkbox"/> R3 <input type="checkbox"/> R1 <input type="checkbox"/> H30 <input type="checkbox"/> H29 <input type="checkbox"/> H28 <input type="checkbox"/> H27 <input type="checkbox"/> H26 <input type="checkbox"/> H25	

※医療職の方は(職種)欄に「医師」「保健師」「MSW」等の名称を記載してください。

●グループワークを行うため、参加者1人につき1台の端末での参加をお願いします。やむを得ず1台の端末を複数名で使用する場合は同じメールアドレスを記載してください。

また、業務の都合等で一部の講義をオンデマンドで受講希望の場合も、グループワーク(17:00～17:50を予定)には必ず御参加ください。

※「秋田県電子申請・届出サービス」を利用できない場合は本様式にて御回答ください。