**熊本県肝疾患コーディネーター認定更新申請書**

　年　月　日

熊本県知事　様

申請者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １．更新希望※ | 希望します | 希望しません |
| ２．更新条件 | 肝疾患コーディネーター研修会　有効期間内につき1回の参加  （　　　回 あり　・　なし　） | |
| ３．所属勤務先 | 施設名：  住　所：〒 | |
| ４．職　　種 |  | |
|  | ＴＥＬ： | |
| ５．連 絡 先 | ＦＡＸ： | |
|  | Ｅｍａｉｌ： | |
| ６．自宅住所 | 〒 | |
| ７．所属施設の公表（ホームページに掲載します。） | 諾　　・　　不諾 | |

※メールでの申請の場合は上記を本文に記載されても結構です。

**提出先**

**熊本県肝疾患診療連携拠点病院**

**(熊本大学病院　肝疾患センター)**

**F A X ： ０９６－３７２－１３７１**

**E-mail ： kanzou@kumamoto-u.ac.jp**