香川県が指定する肝炎診断書記載医師研修 受講確認書

提出先：香川県感染症対策課　徳田　宛

　FAX　 ０８７－８６１－１４２１

　MAIL　hy7125@pref.kagawa.lg.jp

提出期限：令和７年２月28日（金）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関名 |  | |
| （フリガナ） | （姓） | （名） |
| 受講者氏名 | （姓） | （名） |
| キーワード |  | |
| 修　了　証  送　付　先 | 勤務先医療機関　　・　　その他 | |
| 住所（〒　　　　　） | |
|  | |
| 電話番号  （　　　　　　　　　　　） | |
| 県ホームページへの掲載の可否 | 掲載してもよい　　・　　掲載しない | |

＊　県ホームページには、「医療機関名」と「氏名」を掲載します。

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

○アンケートにご協力お願いします。

本日の研修及び肝炎対策全般について、ご意見をお聞かせください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　～ご協力ありがとうございました～