

申込先：信州大学医学部附属病院 肝疾患診療相談センター

FAX：0263-37-2922

(電話と共用のため、FAXによる申込はなるべく午前中をお願いします。)

E-mail：liver\_ce@shinshu-u.ac.jp

## 肝炎医療従事者等研修会 参加等申込書

1. 研修会の参加を希望される医療機関は、以下の欄に記入をお願いします。

医療機関等の名称		連絡担当者名	
電話番号	( )	FAX	( )
会場名 (○をしてください)	長野会場 (10月9日)	・	松本会場 (11月6日)

### ○参加申込者

職名 (職種)	氏名

2. 都合により研修会に参加はできないものの、「長野県ウイルス肝炎診療ネットワーク」の、かかりつけ医としての参加を希望される医療機関、又は関心をお持ちの医療機関につきましては、以下の欄に必要事項を記入願います。後日、資料をお送りします。

医療機関名		連絡担当者名	
所在地			
電話番号	( )	FAX	( )
E-mail			

※ メールの場合は、上記必要事項をご記入の上、送信してください (様式は問いません)。