＜送付先＞

〒753-8501　山口県山口市滝町１－１

山口県健康福祉部健康増進課健康づくり班　行

ＦＡＸ：**083-933-2969**、メール：**kenkoudukuri@pref.yamaguchi.lg.jp**

令和５年度山口県肝炎研修会

**受講申込書**

◎受講対象者：日本消化器病学会消化器病専門医の方（日本肝臓学会肝臓専門医の資格を併せ持つ方、過去に本研修会の受講を修了されたを除く）で、以下①又は②の肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書を作成予定の方

①Ｂ型慢性肝疾患に対する核酸アナログ製剤治療の初回治療（新規申請）

②Ｃ型慢性肝疾患に対するインターフェロンフリー治療（Child-Pugh分類Ｂ又はＣのＣ型非代償性肝硬変の再治療を除く）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな  氏　　名 | |  |
| 受講証書の番号  （更新の場合に記入） | | 第　　　　　　　　　　号 |
| 主たる  勤務先 | 医療機関名 |  |
| 診療科名 |  |
| 住　　所 | 〒 |
| 連 絡 先 | TEL:　　　　　　　　　　　FAX: |
| 視聴用URL送付先  メールアドレス | |  |

※上記氏名、ふりがなを受講証書へ転記いたしますので、読みやすい大きな文字で、はっきりと記入してください。

※提出後、変更がある場合は必ずご連絡ください。

※申込締切後、受講登録通知書を送付します。通知書送付のため、確実に届く住所の記載をお願いします（通知書が届かない場合は上記送付先までご連絡ください）。

申込期限

9月8日（金）