「知って、肝炎プロジェクト」

知って、肝炎プロモーター登録申請書

|  |  |
| --- | --- |
| 申請日 |  |
| 企業名・団体名 |  |
| 所属名・部署名 |  |
| 名前(ふりがな) |  |
| 郵便番号・住所 |  |
| 電話番号 |  |
| 緊急連絡先携帯番号(任意) |  |
| メールアドレス |  |
| 肝炎医療コーディネーター認定（修了）都道府県名 |  |
| 肝炎医療コーディネーター認定（修了）認定（修了）期間 | 有　（認定期間：　　年　　月　　日まで）　・　　　無 |

※郵便番号・住所、電話番号、メールアドレスについては、所属先の情報をご記入ください。

※肝炎医療コーディネーター認定（修了）について、認定期間や有効期限がある場合には　有に○をして、期間を記入してください。認定期間や有効期限がない場合には無に○をしてください

（注意事項）

※ご登録頂いた情報のうち名前（ふりがな）については、認定（修了）されている都道府県に情報提供させていただきます。

※その他ご登録いただいた情報については、本事業にのみ使用し、上記を除き第三者に提供することはございません。

（肝炎医療コーディネーターであることの確認）

※次頁に肝炎医療コーディネーターであることが確認できる資料(認定証・修了証等)を貼り付けてください。

もしくは、本申請を知って、肝炎プロジェクト事務局にメール([office@kanen.org](mailto:office@kanen.org))にて送付する際に、

肝炎医療コーディネーターであることが確認できる資料(認定証・修了証等)を画像として添付してください。

※内容を確認の上、登録の際には、「ワッペン」及び「知って、肝炎プロモーター登録証」を発行します。

※認定（修了）期間が終了した場合には、更新を行った認定証（修了証）を再度お送りください。

------------------------以下、肝炎医療コーディネーターであることが確認できる資料貼付------------------------