

<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7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17日（水）