（様式５）

年　　　月　　　日

千葉県知事　　　　　　　様

|  |  |
| --- | --- |
| 所属名 |  |
| 氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| 住所 | 〒 |

**千葉県肝炎医療コーディネーター 登録事項変更等届出（申請）書**

このたび、私（千葉県肝炎医療コーディネーター（以下、「コーディネーター」という。））の登録事項に、下記のとおり変更等がありましたので、お届け（申請）します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| １ | 登録内容の変更・訂正 | 変更･訂正する項目（該当するものに○をつけてください。) | 登録内容①所属名　②職種　③氏名　④連絡先　 |
| 公表の可否①　可→否　　　②　否→可 |
| その他（具体的に：　　　　　　　　　　　 　　） |
| 変更･訂正 前 |  |
| 変更･訂正 後 |  |
| ２ | 認定証再交付の申請 | 再交付申請者 | 電話番号： |
| 理由①紛失　②き損　③その他 |
| ３ | 登録辞退 | 辞退の理由 | 転居・活動停止その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

※記載上の注意

・該当する番号を○で囲み、必要事項を記入してください。

・３の登録辞退の場合は認定証を返却してください。

・当該届出（申請）については、所属長の了承を得てください。