

(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、所属長の下承を得てください。