

様式第2号(第6条関係)

年 月 日

山形県肝炎医療コーディネーター変更届

山形県知事 殿

氏名
認定番号

山形県肝炎医療コーディネーターの養成及び活用に関する要綱第6条の規定に基づき、次のとおり届け出ます。

		変更前	変更後
氏 名			
所属機関	名 称		
	所 在 地		
	電話番号		
備 考			

※ 現所属を退職・異動される場合、変更届を提出くださるようお願いいたします。変更後の備考欄へは、退職年月日または異動年月日（再就職年月日）を記入ください。
なお、令和5年1月18日から、すべての医療機関・検診機関・薬局に所属する方、県・市町村の職員の方を認定対象としており、当初認定を受けた所属以外でも認定を継続できます。変更届を提出いただいた方には、再就職先・異動先へ変更後の認定証等の各種ご案内を差し上げます。