申し込先：群馬大学医学部付属病院　肝疾患センター
FAX：027－220－8179

平成　　年　　月　　日

『群馬県肝炎診療ネットワーク』登録申請書

『群馬県肝炎診療ネットワーク』において、肝炎治療に携わる医療従事者として、下記の事項を登録します。

記

1、医療機関名称

2、所在地
（〒　　－　　）

3、連絡先
（電話番号）　　（FAX 番号）

（E－mail）

4、氏名

5、職種（いずれかに○をつけて下さい）
医師、　看護師、　薬剤師、　管理栄養師、　保健師、　その他（　　）

6、医療機関名称、所在地、電話番号の 3 項目について、『群馬肝炎診療ネットワーク』において肝炎治療に携わる医療従事者として、群馬大学医学部付属病院　肝疾患センターのホームページ等で公表することの同意について（該当する項目に○をつけて下さい）
・公表に同意する　　・公表に同意しない

以上