様式第５号

　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　茨城県保健医療部疾病対策課長　殿

**登録事項変更届**（茨城県肝炎医療研修会受講修了者）

　　　　　　　　　　　　　　　　受講番号　　　　　　－

　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

茨城県肝炎医療研修会受講修了者の登録事項に変更があったので、届け出ます。

記

　　変更事項　　※変更のあった事項のみ記載

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 変更前 | 変更後 | 変更年月日 | 茨城県ホームページ掲載への同意（ いずれかに○ ） |
| ① 医療機関等名 |  |  |  | する ／ しない |
| ② 氏　　　名 |  |  |  | する ／ しない |
| ③ ①の所在地 |  |  |  | する ／ しない |
| ④ ①の電話番号 |  |  |  | する ／ しない |
| ⑤ Eメールアドレス |  |  |  |  |