（様式３）

福井県肝炎医療コーディネーター登録名簿

区分	認定年月日	認定番号	所属機関名	所在地	部署名 （相談受付窓口）	職種	氏名	電話番号	メールアドレス	備考

※区分欄には、要綱第3条に規定する次に掲げる区分による番号を記載する。

1 肝疾患診療連携拠点病院、肝疾患専門医療機関その他の医療機関および健診機関
2 保健所または市町の肝炎対策担当部署
3 民間企業、医療保険者等の職域機関
4 1から3までの機関以外の機関