FAX ０８６－２２５－７２８３

送信先　　岡山県保健福祉部健康推進課感染症対策班　あて

**もも肝手帳　配付申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| 　申 込 年 月 日 | 　　　　　　　　 年　　　　 月　　　　　 日 |
| 　手帳交付機関名　（ 申 込 者 ） | 　団　　体　　名 | 　 |
| 　郵　便　番　号 | 　 |
| 　所　在　地（手帳送付先） | 　 |
| 　電　話　番　号 | 　 |
| 手　帳　管　理　者　氏　名（地域肝炎対策サポーター　氏名） | 　 |
| 手 帳 管 理 者　所 属 部 署 名（地域肝炎対策サポーター所属部署名） | 　 |
| 手帳管理者メールアドレス（Ｅ-ｍａｉｌ） |  |
| 　手帳配付申込部数 | 部 |

**（注意事項）**

１ 手帳交付機関（事業所、医療機関等）において、手帳管理者（地域肝炎対策サポーター）を決めていただき、**手帳管理者が**岡山県から送付しました肝炎患者支援手帳「もも肝手帳」の**部数管理**をお願いします。

　　 健康推進課から手帳管理者に対して、手帳交付機関から肝炎ウイルス感染者・患者の方にお渡ししたもも肝手帳の交付実績数を調査する場合がありますので、御協力をお願いします。

２　医療機関、地域肝炎対策サポーター設置団体以外からの申込は受付けません。