

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けません。