

肝炎ウイルス関連検査の結果通知に係るパッケージの利用申込書

年 月 日

医療機関名	
担当者氏名	
送付先住所	
電話番号	
希望部数 <sup>※1</sup>	
記録カード <sup>※2</sup>	<input type="checkbox"/> 配付を希望する <input type="checkbox"/> 配付を希望しない
備 考	

- ※1 申し込み状況により御希望に添えない場合があります。
- ※2 チェックのない場合、記録カードは配付しません。
- ※3 県が広島大学等と締結した連携協定に基づいて行う取組のため、発送元が県と異なる場合があります。

申込先：広島県健康福祉局薬務課 肝炎対策グループ  
〒730-8511 広島県広島市中区基町 10-52  
T E L : 082-513-3078  
F A X : 082-211-3006  
e-mail : fuyakumu@pref.hiroshima.lg.jp