

愛知県肝炎医療コーディネーター活動報告書

愛 知 県 知 事 殿

コーディネーター所属機関名

(〒)

所 在 地

認定番号 氏 名

職 種

◆研修会等への参加

年月日	研修会等名称	場所

◆活動内容

実施した内容に、□にチェックをして下さい。

	活動内容	実施チェック
情報提供 普及啓発	肝炎の検査や治療に関する情報提供及び普及啓発	☐
	市民公開講座、肝臓病教室、患者サロンへの参加	☐
	肝炎患者等を支援するための制度や窓口の案内	☐
	その他 内容を記載：	
個別相談 受検・受 診勧奨	肝炎ウイルス検査受検勧奨	☐
	肝炎の検査や治療に関する情報提供もしくは相談助言	☐
	肝炎患者等への受診勧奨	☐
	肝炎患者等が治療を受けながら仕事を続けるための環境整備	☐
	その他 内容を記載：	
その他 (成果の あった取 組等) ※		

※ 肝炎対策の推進に関する具体的な取組の実績や成果について記載してください。

(既存の資料（リーフレット等）の添付でも可)

当該年度に活動が困難であった場合もその旨記載してください。

< 送付先 愛知県保健医療局感染症対策課 (kansen-taisaku@pref.aichi.lg.jp) >