

第 一 号

認 定 証

氏名

あなたは、(元号) \_\_\_\_年度島根県肝  
炎医療コーディネーター養成研修会を  
受講し、「島根県肝炎医療コーディネー  
ターの養成および活用に関する要綱」  
第5条第4項の規定により登録された  
「島根県肝炎医療コーディネーター」で  
あることを認定する。

(元号) 年 月 日

島根県知事 ○○ ○○