

肝炎ウイルス検査受検勧奨に係る啓発資材の利用申込書

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>	A3版（ポスター） 枚	A4版（チラシ） 枚
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 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