

返信用FAX送信票
(FAX番号:06-6943-6467)

平成29年度HIV感染症研修会 参加登録用紙

9月1日(金)必着

〒540-0006 大阪府中央区法円坂2-1-14
国立病院機構大阪医療センター
TEL:06-6942-1331(代表)

【参加登録送付先】 職員研修部 山本
【お問い合わせ先】 臨床研究センター 辻
(内線 7618)

※ 優先順位	
フリガナ	
① 参加希望者氏名	
② 性別	
③ 生年月日	年 月 日 (歳)
④ 施設名 ・ 〒住所	
⑤ 職種	
⑥ 参加を希望する症例検討(10/3) (どちらかにチェックを入れて下さい)	<input type="checkbox"/> A(医師・薬剤師向け)に参加希望
	<input type="checkbox"/> B(他職種との連携)に参加希望
⑦ HIV感染症患者への対応経験	有り ・ 無し
⑧ HIV感染症患者の症例経験数	例
⑨ 所属病院長推薦理由	
⑩ 事務担当者	氏名:
	メールアドレス:
	電話番号:

※1施設につき2名以上参加される場合は「優先順位」欄に数字をご記入下さい(応募者多数の場合は、優先順位に沿って人数調整させていただく場合があります)。

※宿泊施設につきましては各自で手配いただくこととなりますが、当センターの研修受講生のみ格安で利用できるホテルが近隣にあります(詳細は受講決定通知にてご案内致します)。