

返信用FAX送信票
(FAX番号:06-6943-6467)

令和2年度HIV感染症研修会及びHIV医療におけるコミュニケーションとチーム医療研修会
参加登録用紙

9月25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 金光

※ 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 受講を希望する研修会(両方もしくはどちらかにチェックを入れて下さい)		☐ HIV感染症研修会(R2.11.2&3)	
		☐ HIV医療におけるコミュニケーションとチーム医療研修会(R2.11.4)	
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			
		所属病院長名: (公印不要)	
⑩ 事務担当者 (申込後は事務担当者様宛に書類等郵送します)		氏名:	
		メールアドレス:	
		電話番号:	
以下⑪～⑫につきましては「コミュニケーションとチーム医療研修会」に参加希望の方のみお答え下さい			
⑪ 過去のコミュニケーション研修会への参加の有無		有り(平成 年度) ・ 無し	
⑫ 日頃の臨床で、援助に困難を感じるテーマをご記入ください			

※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ください。