

返信用FAX送信票

(FAX番号:06-6946-3652)

2020年度 エイズブロック拠点病院HIV/AIDS看護師研修 参加登録用紙

【宛先】

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

フリガナ		②性別	
① 参加希望者氏名			
施設名			
③ 所属(連絡先)			
役職・担当			
④ 看護師経験年数	年		
⑤ HIV看護経験	(いずれかに○) あり ・ なし		
⑥ 住所(請求書送付先)	〒 -		
いずれかに○ (勤務先 ・ 自宅)			
⑦ 連絡先	メールアドレス:		
	電話番号:		
⑧ 希望コースに○をしてください	() 【1】初心者コース(11/9~11/10)		
	() 【2】応用コース (2/8~2/9)		
⑨ 目標			
⑩ 学びたいこと			
⑪ 質問			

※各コースの対象者・内容・申込期限につきましては、別添の研修案内をご確認ください。

※申込後、請求書を郵送致しますので、期限までに受講料のお振り込みをお願い致します。