

返信用FAX送信票
(FAX番号:06-6943-6467)

令和3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

8月20日(金)必着

〒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
TEL:06-6942-1331(代表)
【参加登録送付先】職員研修部 小國

※ 優先順位			
フリガナ		②性別	
① 参加希望者氏名			
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)	<input type="checkbox"/> HIV感染症研修会(R3.9.27&28)	9/28症例検討 (どちらかにチェックを入れてください)	<input type="checkbox"/> Aに参加希望
	<input type="checkbox"/> HIV感染症におけるコミュニケーション研修会(R3.9.29)		
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	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(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いただくことになります。