

返信用FAX送信票  
(FAX番号:06-6946-3652)

2024年度 エイズブロック拠点病院HIV/AIDS看護師研修会  
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			
③	施設名		
	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】基礎コース (9/9~9/10)		
	( ) 【2】基礎コース (11/18~11/19)		
	( ) 【3】応用コース (1/27~1/28)		
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。