

## 参加登録票

令和6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

8月19日(月)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)

【送付先】 職員研修部 金光

(FAX)06-6943-6467

(メール)kanamitsu.hitomi.dy@mail.hosp.go.jp

|   |  |                          |  |
|---|--|--------------------------|--|
| ※ 優先順位  |  |                          |  |
| フリガナ  |  | ②性別<br>(男性・女性・回答<br>しない) |  |
| ① 参加希望者氏名   |  |                          |  |
| ③ 生年月日  | 年 月 日  | ( 歳)                     |  |
| ④ 所属施設名   |  |                          |  |
| ④ 所属施設住所  | 〒  |                          |  |
| 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ください)             | <input type="checkbox"/> HIV感染症研修会(R6.9/30&10/1)   |                          |  |
|   | 10/1 症例検討 (どちらかにチェックを入れてください) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Aに参加希望 ・ <input type="checkbox"/> Bに参加希望</span> |                          |  |
|   | 参加方法 (どちらかにチェックを入れてください) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 現地で受講 ・ <input type="checkbox"/> オンラインで受講</span>     |                          |  |
|   | <input type="checkbox"/> 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(R6.10/2) ※現地参加のみ  |                          |  |
| ⑦ メールアドレス   |  |                          |  |
| ⑧ HIV感染症患者への対応経験                                  | 有り ・ 無し  |                          |  |
| ⑨ HIV感染症患者の症例経験数                                  | 例  |                          |  |
| ⑩ 所属病院長推薦理由                                       |  |                          |  |
| 所属病院長名: <span style="float: right;">(公印不要)</span> |  |                          |  |
| ⑪ 事務担当者   | 所属・職名:   |                          |  |
|   | 氏名(フリガナ):  |                          |  |
|   | メールアドレス:   |                          |  |
|   | 電話番号:  |                          |  |
| 以下⑫～⑬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ください  |  |                          |  |
| ⑫ 過去のコミュニケーションとチーム医療研修会への参加の有無                    | 有り( 年度) ・ 無し   |                          |  |
| ⑬ 日頃の臨床で、コミュニケーションやチーム医療に関して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」欄に数字をご記入ください(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。