

FAX：06-6946-3509

(大阪医療センター 医療福祉相談室)

令和6年度近畿ブロックエイズ診療拠点病院ソーシャルワーク研修

参加申込書

10月7日(月)必着

お名前	
所属機関名	
所属部署名	
職種	
電話番号	
FAX	
E-MAIL	
HIV陽性者支援経験	年 月
HIV関連担当ケース数	なし ・ 10未満 ・ 30未満 ・ それ以上

普段現場で困っていること、相談したいこと、その他コメントなどあればご記入ください。

--