

参加登録票

令和7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18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 山林

(FAX)06-6943-6467

(メール)yamabayashi.yumika.gr@mail.hosp.go.jp

※ 優先順位			
フリガナ		②性別 (男性・女性・回答 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		
	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 (R7.9/29&9/30)		
	9/30 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"/> Bに参加希望 		
	参加方法 (どちらかにチェックを入れてください) <input type="checkbox"/> 現地で受講 ・ <input type="checkbox"/> オンラインで受講 		
<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 (R7.10/1) ※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:	(公印不要)
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。