ＦＡＸ：**０６－６９４６－３５０９**

(大阪医療センター　医療福祉相談室)

**令和７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１４日（火）必着

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 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 | 1年未満 ・ ５年未満 ・ １０年未満 ・ それ以上 |
| ＨＩＶ関連担当ケース総数 | 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、その他コメントがあればご記入ください。