

F A X : 0 6 - 6 9 4 6 - 3 5 0 9

(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	
F A X	
E - M A I L	
H I V 陽 性 者 支 援 経 験	1 年 未 満 ・ 5 年 未 満 ・ 1 0 年 未 満 ・ そ れ 以 上
H I V 関 連 担 当 ケ ー ス 総 数	な し ・ 1 0 未 満 ・ 3 0 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。

--