

平成 27 年度 全国中核拠点病院連絡調整員会議

参 加 申 込 書

申込日:平成 年 月 日

氏 名	ふ り が な	年 齢
		歳
勤 務 先 名		
所 属 部 署		
活動場所の診療科名		
連 絡 先	TEL: _ _	FAX: _ _
連絡用メールアドレス	(0 と o、ハイフンとアンダーバーの区別を明確に)	

【アンケート】

①	看護師としての経験年数	()年
②	HIV 実務の経験年数	()年
③	配置場所	外来 ・ 病棟 ・ 両方
④	あなたが HIV 診療に関わった患者数	
⑤	HIV実務の具体的な仕事内容

HIV 看護について聞いてみたいこと、確認したいことなどがありましたら、ご記入ください。
当日の会議で対応を予定します。

例:研修について