

community center ZEL 行き

(FAX : 022-261-6556)

**東北ブロック「HIV 検査担当者向け研修会」
参加申込書**

申込日：平成 30 年 月 日

ふりがな		年 齢
氏 名		歳
所 属 先 部署名・係名		
〔職種：該当する職種を○で囲んでください〕 医師 ・ 保健師 ・ 看護師 ・ 検査技師 ・ 薬剤師 ・ 心理職 ・ 福祉職 ・ 事務職 ・ その他 ()		
〔連絡先の住所（または郵便物の送付先）〕 住所：〒 — — — — — 電話： — — — — — 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）		