

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：令和2年 月 日

ふりがな	
氏名	
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）	

