

community center ZEL 行き

(FAX : 022-261-6556 メール sendai865@yahoo.co.jp)

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 7 年 月 日

参 加 希 望 希望する研修に○	() ①令和 7 年 7 月 29 日(火) MSM ※優先 ☐ () ②令和 7 年 8 月 29 日(金) CSW ※優先 ☐ ※両方の研修を参加希望された方も、応募多数の場合は、いずれか一方の研修の参加とさせていただきます。両方の研修を希望する方で、優先の希望がある場合は、いずれかの優先□に☑を入れてください。
ふ り が な	
氏 名	※同じご所属から複数名お申し込みの場合も、おひとりずつお申込みください。
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〕 ※同じご所属から複数名お申し込みの場合は、代表者のみのご記入で構いません。 電話： — — FAX： — — ZOOM 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)	

ご記入いただいた個人情報は、研修の連絡にのみ使用いたします。