

<宛て先> 東京都福祉保健局健康安全部感染症対策課エイズ対策担当 行

FAX番号→03-5388-1432

平成30年度HIV/AIDS症例懇話会
「長期療養化から見えてきた服薬支援の新たな課題～薬薬連携を目指して～」
申込書

※ 参加票等の発行はいたしませんので、当日は本申込書を持参し、会場に直接お越してください。

申込期限 平成30年 6月12日 (火曜日)

1 参加申込み

ふりがな

氏名

所属

連絡先(電話番号)

職種(○またはカッコにご記入ください)

- ・薬剤師：①病院勤務 ②薬局勤務
③行政関連 ④その他()
- ・その他()

2 これまでにHIV陽性者の服薬支援にかかわった経験はありますか。

()に「○」を御記入ください。

()ある → 年間： 件

()ない

3 事前に御質問等がございましたら、御記入ください。

※ お1人につき1枚で申し込みください(複数の申込みをされる場合は申込書をコピーしてお使いください)。