

<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

平成30年度第3回HIV/AIDS症例懇話会
「地域におけるHIV陽性者の長期療養支援のこれから」申込書

FAX番号→03-5388-1432

申込期限 平成30年10月12日 (金曜日)

1 参加申込

ふりがな

氏名

所属

職種 ○または()にご記入ください

医師 看護師 その他()

連絡先(電話番号)

2 これまでにHIV陽性者の療養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

()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)。

※ 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、会場に直接お越しください。