

北陸ブロックエイズ治療拠点病院
HIV/エイズ出前研修 【申込書】

| | | | | |
|------------------|------------------------------|---------|------|-----|
| 施設名 | | | | |
| 所在地 | 〒 - | | | |
| 担当者 (連絡窓口) | ふりがな 氏名 | | | |
| | 所属 | | | |
| | E-mail | | | |
| | TEL | | FAX | |
| 希望日時 | 第1希望 | 月 日 () | 時 分～ | 時 分 |
| 〔必ず第3希望まで書いて下さい〕 | 第2希望 | 月 日 () | 時 分～ | 時 分 |
| | 第3希望 | 月 日 () | 時 分～ | 時 分 |
| 研修規模 | 全職員 / 部門別 (職種:) | | | |
| 予定人数 | 約 名程度 (予想人数で構いませんので記入してください) | | | |
| テーマ | | | | |
| 希望する内容等 | (できるだけ具体的に記載してください) | | | |

受付: