ＦＡＸ送信先：**０９２－６４３－３３３１**

福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課

感染症対策係　磯野あて

福岡県ＨＩＶ・エイズ基礎研修会参加申込書

所属機関名：

送付者名：

電話番号：

ＦＡＸ番号：

Ｅ－Ｍａｉｌ：

　　　　　　　　　　　　　　　　↑ある場合は記入

研修会参加希望者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 　 | 職　種（医師、看護師、介護士等） | 左記職種としての経験年数 | 左記職種としてＨＩＶ感染者等に携わった経験の有無 |
|  |  | 　　年　　か月 | 有　・　無 |
|  |  | 　　年　　か月 | 有　・　無 |

（留意点）

　・定員の関係上、１施設あたり２名までの参加に御理解ください。

・申込多数の場合、参加者を調整するため、必ずしも参加のご希望に添えない可能性があります。

　・参加者を調整する場合、記入いただいた連絡先に当課から事前にご連絡します。問題なくご参加いただける場合は、特段ご連絡はいたしません。