**FAX:082-257-5581**

**E-mail: kyokoko@hiroshima-u.ac.jp**

広島大学病院輸血部長室宛

**参加申込書（FAX送信表）**

**「2023年度中国四国地方エイズ診療医師のための研修会」**

**施設名**

|  |  |
| --- | --- |
| **ふりがな**  **御氏名** |  |
| **御所属部署** |  |
| **職名** |  |
| **御連絡先（院内）** |  |
| **メールアドレス** |  |
| **HIV/AIDS**  **症例経験数** | **無　・　有（約　　　　　例）**  **※有の方は必ず経験数をお書き下さい。** |

**希望日：　第1回目（8/21-22）　第2回目（9/25-26）　どちらでも可**

＊〇をつけて下さい。