

FAX:082-257-5581

広島大学病院輸血部長室
藤井輝久・濱本京子 宛

参加申込書 (FAX 返信用)

第7回中国四国地方 HIV 陽性者の歯科診療体制構築のための研究会議

平成 28 年 11 月 6 日 (日) 10:30~16:10

会場：岡山コンベンションセンター 405 会議室

施設名 _____ 参加者数 _____ 名

歯科医師 1 名	
ふりがな 氏名	
所属部署	
職名	※旅費支給の際の基準とさせていただきます。職名がある方は必ずご記入ください。
連絡先 (院内)	
メールアドレス	
歯科衛生士 1 名または看護師 1 名	
ふりがな 氏名	
所属部署	
職名	※旅費支給の際の基準とさせていただきます。職名がある方は必ずご記入ください。
連絡先 (院内)	
メールアドレス	

申込期限：平成 28 年 9 月 23 日 (金) 必着

※申し込み受付後、10 月 14 日 (金) 迄に個人宛に参加についてのご案内をお送りします。通知が届かない場合はご連絡ください。

別紙アンケート

第7回中国四国地方 HIV 陽性者の歯科診療体制構築のための研究会議
参加申込時アンケート

施設名 _____

HIV 歯科診療において、地域の歯科医院または病院歯科との連携等の活動があれば
下記にお書きください。

e x. 研修会を開催した。紹介をした。