

**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8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 29 年 10 月 15 日 (日) 10:30~16:10

会場：岡山コンベンションセンター 407 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 29 年 9 月 1 日 (金) 必着**

※申し込み受付後、9 月 22 日 (金) 迄に個人宛に参加についてのご案内をお送りしません。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8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。