

**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

\_\_\_\_\_ 県歯科医師会 \_\_\_\_\_ 参加者数 \_\_\_\_\_ 名

参加歯科医師	
ふりがな 氏名	
歯科医師会に おける役職	※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	
メールアドレス	
参加歯科医師	
ふりがな 氏名	
歯科医師会にお ける役職	※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	
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  
す。通知が届かない場合はご連絡ください。