

送付先 FAX 076-238-5253 石川県立中央病院 HIV 事務室 行

平成 30 年度 北陸ブロック HIV/AIDS ソーシャルワーク研修会
2018 年度人権擁護とソーシャルワーク研修【石川会場】合同研修会受講申込書

会員資格 (該当に✓印)	<input type="checkbox"/> 日本医療社会福祉協会正会員 (会員番号:) <input type="checkbox"/> 非会員		<input type="checkbox"/> 日本医療社会福祉協会賛助会員 (個人・団体) (会員番号:) <input type="checkbox"/> 日本医療社会福祉協会会員手続き中		
ふりがな		性別	男 女	年齢	歳
氏名					
所属機関名		部署名			
TEL	-	FAX	-		
所属機関種別 (該当に✓印)	<input type="checkbox"/> 特定機能病院 <input type="checkbox"/> 療養型病院 <input type="checkbox"/> 保健所 <input type="checkbox"/> 地域医療支援病院 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉センター <input type="checkbox"/> 一般病院 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 社会復帰施設 <input type="checkbox"/> 精神科病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 回復期リハビリテーション病院 <input type="checkbox"/> 在宅介護支援センター <input type="checkbox"/> その他 (具体的に)				
メールアドレス	@				
HIV 診療拠点病院	1. 拠点病院である 2. 拠点病院ではない				
HIV 陽性者 支援経験	1. 有 2. 無 ※経験がある方は内容をご記入ください。 ()				
HIV 関係研修への参加	1. 有 2. 無				
職 種					
受講動機					
到達目標					
備考					