東北ブロックＨＩＶ／ＡＩＤＳ薬剤師、心理・福祉連絡会議（R2.10.3土曜）　オンライン参加希望者

施 設 名

ご担当者・所属

■薬剤師連絡会議　参加者（３名まで）

①氏名 ②職名 ③メールアドレス ④希望する受講シール・・日病薬または研修センター何れか（ただし研修センター希望の場合薬剤師免許番号（必須））

■心理・福祉連絡会議　参加者（３名まで）

①氏名 ②職名 ③メールアドレス

お申込みにあたって

□申込様式は上記内容を含めていただければ任意でかまいません。

□WordまたはExcelのデータ添付にて９月７日月曜までメールにてお申込みください。

113-shomu04@mail.hosp.go.jp（仙台医療センターHIV事務担当者　鈴木智子）

□参加者は最大100名まで（予定）とし、申込多数の場合先着順とさせていただきます。

□追って参加者あてメールにてZoom入室のためのURLをお知らせいたします。