

FAX 送信先：**03-5907-6364**

事務局使用欄：

平成 25 年度 厚生労働科学研究 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業

『HTLV-1 抗体陽性妊婦の意思決定支援を深めよう』

シンポジウム FAX 申込用紙

※オンライン参加登録申込システムより登録をされた方は、本申込用紙は**送付不要**です。

申込日	20 / /
-----	--------

氏名	
----	--

会場	東京都看護協会（平成 26 年 1 月 26 日開催）
----	-----------------------------

所属先	所属先名（病院名）：
	部署名（診療科、病棟等）：
	役職名（医師、師長、主任等）：

連絡先	自宅 / 所属先 ※どちらかを○で囲んでください
	E メールアドレス： @
	郵便番号： -
	住所：
	電話番号： Fax 番号：

医師免許をお持ちの方はチェックしてください	<input type="checkbox"/>
診療科	
いずれかにチェックしてください	
「その他」の場合、具体的に診療科名もご記入ください	
<input type="checkbox"/> 産婦人科	
<input type="checkbox"/> 小児科	
<input type="checkbox"/> その他 ()	

助産師資格をお持ちの方はチェックしてください	<input type="checkbox"/>
------------------------	--------------------------

看護師資格をお持ちの方はチェックしてください	<input type="checkbox"/>
------------------------	--------------------------

保健師資格をお持ちの方はチェックしてください	<input type="checkbox"/>
------------------------	--------------------------

HTLV-1 抗体陽性妊婦への説明や対応を経験したことがある方はチェックしてください	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------