|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 送付先 | 団体名 | 札幌医科大学附属病院病院課 |
| 担当者 | 企画調整係　金山　行き |
| ＦＡＸ | **０１１－６２１－８０５９** |
| E-mail | **kikakuchousei@sapmed.ac.jp** |

**第１２回　道央圏ＨＩＶ感染症セミナー**

**参加申込書**

次のとおり、参加を申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 所属機関名 |  |
| 連絡担当者 | 所属部課名 |  |
| 氏名 |  |
| 電話番号 | 　　　　　　　　　　　　　　　　（内線：　　　　　　） |
| ＦＡＸ |  |
| E-mail |  |

|  |
| --- |
| **参加（予定）者名簿** |
| 所属診療科又は所属部課名 | 職　種又は職　名 | 氏　名 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |