

(送付先)

福井県健康福祉部健康増進課 感染症対策グループ 上藤 行

(FAX 0776-20-0643)

(MAIL s-uwafuji-g4@pref.fukui.lg.jp)

御所属名 _____

御担当者 _____

御連絡先 _____

平成28年度福井県 HIV/AIDS カウンセリング研修会申込書

所属（職名）	職 種	氏 名

日ごろの業務の中での疑問や講師への質問事項があれば、御記入願います。