

**第13回日本エイズ学会特別教育セッション事前登録用紙**  
(ひとり一枚でお願いします)

御芳名	
所属機関 / 所属科	
職 種	臨床医(専門分野: ) 薬剤師 その他( )
連絡先	E-mail: FAX: TEL: 住所:
抗HIV療法の経験 (参加の可否に関係ありません。)	未経験であるがこれから取り組む予定である 過去に経験があったが現在はない 約 症例(総数) 現在も行っている 約 症例(総数) その他
当日の会場、または学会ホームページなどで検討を希望する症例がありましたらご記入ください。 (匿名扱いで参考にさせていただきます。)	

送信状は不要です。この用紙のみ送ってください。

**FAX送信先 : 03-3824-1552**

[ 問い合わせ先 ] 第13回日本エイズ学会事務局: 都立駒込病院感染症科

E-mail: [aidsgk13-k@komagome-hospital.bunkyo.tokyo.jp](mailto:aidsgk13-k@komagome-hospital.bunkyo.tokyo.jp)

WEB: <http://www.lapjp.org/aidsgk13/>