

北陸ブロックH I V/エイズ派遣カウンセリング事業

派遣依頼書

令和 年 月 日

北陸ブロックH I V/エイズ派遣カウンセリング事業実施要領に基づき、下記のとおり相談員の派遣を依頼します。

記

施設名			
担当者			
住 所	〒		
TEL	()	FAX	()

<依頼内容>

場 所			
第1希望	月 日 ()	午前・午後	時 分頃
第2希望	月 日 ()	午前・午後	時 分頃
性 別	男 性 ・ 女 性	年 齢	歳
特記事項			

※事前に電話連絡の上、速やかに郵送して下さい。

<連 絡 先>

石川県立中央病院 患者総合支援センター カウンセリング担当
〒920 - 8530 金沢市鞍月東2 - 1 (TEL : 076 - 237 - 8211)