HIV感染者・エイズ患者の在宅医療・介護の環境整備事業

**実地研修受講者調書**

令和　　年　　月　　日

公益財団法人エイズ予防財団

　 理事長　白　阪　琢　磨　　様

事業所名

代表者氏名

 HIV感染者・エイズ患者の在宅医療・介護の環境整備事業（実地研修）の受講者について、下記のとおり通知いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 受講者氏名 |  |
| 受講者職種（該当するものに○） | 　看護師 ／ 訪問介護員 ／ 介護支援専門員 ／　その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 受講者連絡先 | 電話：　　　　　　　　　　　　（内線　　　　）E-mail: |
| 所属機関住所 | 〒 |
| 事務担当者 | 氏名：部署名・役職名：電話：　　　　　　　　　　　　（内線　　　　）E-mail： |