

E-mail : kansenshotaisaku-g04@gbox.pref.osaka.lg.jp

(様式 1)

F A X : 06-6941-9323

大阪府健康医療部保健医療室 医療・感染症対策課 感染症対策グループ HIV・エイズ担当あて

HIV感染者・エイズ患者の在宅医療・看護の環境整備事業「実地研修受講者推薦票」

(1) ~ (3)までご記入をお願いします。

(1) 推薦

被推薦者(受講候補者) 所属名	被推薦者(受講候補者) 氏名	被推薦者(受講候補者) 職種	推 薦 理 由	HIV陽性者 受入(予定)の有無	備 考

(2) 受講希望

【記入例】A~Cのうち、いずれに決定しても参加が可能な場合は、3つとも参加希望「あり」とし、優先順位を入力(1~3を選択)

* 受講いただく研修(1つ)は、以下の表の記入内容に基づいて本府で選定します。(受講の最終決定は、エイズ予防財団が行います。)

なお、被推薦者(受講候補者)が募集人数を超える場合は、本府においてエイズ予防財団へ推薦する受講候補者を選定します。

医療機関名	日程	参加希望の有無	優先順位	募集人数
A 大阪市立総合医療センター (受講修了書あり)	2/18(水)~2/20(金)			
B 堺市立総合医療センター	2/16(月)			
C 堺市立総合医療センター	3/9(月)			

* 堺市立総合医療センターの2/16と3/9の内容は同様

(3) 推薦者

氏 名	
被推薦者(受講候補者)との 関係	
所 属 名	
電話番号	
E-mail	