

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

令和7年度 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 :