

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 :