

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

F A X : 0 6 - 6 9 4 1 - 9 3 2 3

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

(様式1)

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）	2/16（火）～2/18（木）			合わせて 4人以内
B	堺市立総合医療センター	2/5（金）			
C	堺市立総合医療センター	3/5（金）			

※堺市立総合医療センターの2/5と3/5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	