

E-mail : kansenshotaisaku-g03@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感染症対策課 防疫グループ 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	2/12(水)～2/14(金)			5人
B	堺市立総合医療センター	2/17(月)			合わせて5人
C	堺市立総合医療センター	3/10(月)			

※堺市立総合医療センターの2/17と3/10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	