HIV感染者・エイズ患者の在宅医療・介護の環境整備事業

**実地研修申込希望調査票**

別紙

令和　　年　　月　　日

山口県健康福祉部

健康増進課　感染症班　行

（FAX　０８３－９３３－２９６９）

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）の受講について、下記のとおり希望します。

|  |  |
| --- | --- |
| 受講希望者氏名 |  |
| 受講希望者職名  （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: |
| 受講希望時期 |  |
| 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： |
| 応募動機 | １）募集要項を見て、研修の内容に興味を持ったため  ２）現在勤務している事業所において、ＨＩＶ感染者・エイズ患者の在宅医療・介護を実施したことがあり、業務の参考としたいため  ３）現在勤務している事業所において、ＨＩＶ感染者・エイズ患者の在宅医療・介護を今後予定しており、業務の参考としたいため  ４）ＨＩＶ感染者・エイズ患者の在宅医療・介護に不安を感じているため  ５）実地研修施設での研修に参加したいため |