

独立行政法人国立病院機構大阪医療センター
HIV感染症看護師実地研修 申し込み書

独立行政法人

2021年 月 日

国立病院機構大阪医療センター 院長殿

住 所

施 設 名

施設長名



独立行政法人国立病院機構大阪医療センターのHIV感染症看護師実地研修募集要項に基づき、下記の者の申込をいたします。

実施時期	2021年9月27日（月）～10月22日（金）	
フリガナ	生年月日	19 年 月 日（ 歳）
	性 別	1. 男 2. 女
氏 名	所属施設 での役職	

研修申込施設の事務担当者		
住 所	〒	
施 設 名		
課 係 名		担当者名
連 絡 先	TEL	()
	FAX	()
	E-mail	

受付確認

氏名			
申込者記入欄			
所属施設名及び所在地	〒 (所属施設名) TEL () FAX () E-mail		
緊急連絡先(自宅等)	〒 TEL () FAX () E-mail		
取得免許	免許	専門分野・領域	
取得免許上最終学歴	学校名	学部・学科名	
専門職歴	昭和・平成・令和 年 月		
	昭和・平成・令和 年 月		
	昭和・平成・令和 年 月		
	昭和・平成・令和 年 月		
	昭和・平成・令和 年 月		
	昭和・平成・令和 年 月		
	昭和・平成・令和 年 月		
現在診療科	科(部・室) 外来 ・ 病棟		
HIV/AIDS患者に対する診療(看護・服薬指導)等経験	①診療等経験	1. 有 経験期間(年 ヶ月) 診療等症例数 3例未満・10例未満・10例以上 2. 無 ※1. とお答えされた方は②の設問もお答え下さい。	
	②①のうち外来での診療等経験	1. 有 経験期間(年 ヶ月) 2. 無	
HIV/AIDS関係の研修受講実績	1. 有 ※1. とお答えされた方は以下の研修受講実績記入欄(開催時期・主催施設・研修名) 2. 無 にご記入下さい。また実績が多数の場合は、直近の実績をご記入下さい。		
	研修受講実績記入欄		
研修希望理由			

所属施設長記入欄	
推薦理由	1. 現在H I V / A I D S 診療（看護・服薬指導）等の担当者 2. 研修修了後、H I V / A I D S 診療（看護・服薬指導）等の担当者になる予定 3. その他（ ）
所属施設の区分・医療体制	①所属施設の区分 1. ブロック拠点病院 2. 中核拠点病院 3. 拠点病院 4. 一般医療機関（病院・診療所） 5. 行政関係機関 6. その他（ ）
	②-1 所属施設の医療体制 ウイルス疾患指導料 加算対象施設の有無 1. 有 2. 無 ※2. とお答えされた方は②-2の設問もお答え下さい。
	②-2 ②-1が加算できない理由について 1. 現在、人員・設備などの施設基準を満たしていないが、施設基準要件取得へ向け整備している。 2. 現在、人員・設備などの施設基準を満たしていないが、今後、施設基準要件取得を検討していく予定である。 3. その他（ ）