

独立行政法人国立病院機構大阪医療センター  
HIV看護 専門コース 推薦状 兼 申し込み書

独立行政法人

2024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

公印

独立行政法人国立病院機構大阪医療センターのHIV看護 専門コースの募集要項に基づき、下記の者の申込をいたします。

実施時期	希望 ( ) 前期 : 9月1日~11月30日	希望 ( ) 後期 : 12月1日~2月28日	
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

--

所属施設長記入欄		
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（ ）
推薦理由		

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	TEL ( ) 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		
配置先	科(部・室) 外来 ・ 病棟		
HIV/AIDS患者 に対する看護	①HIV看護経験	1. 有 経験期間( 年 ヶ月) 支援症例数 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 HIV看護経験	1. 有 経験期間( 年 ヶ月) 2. 無	
	具体的内容		
HIV/AIDS看護 研修歴	研修コース名・主催地・研修受講年がわかるように記載してください。		
研修希望理由			