

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

独立行政法人
国立病院機構大阪医療センター 院長殿

2026年 月 日

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	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

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 () 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	研修修了後に目指す活動や役割を踏まえ、本研修を希望する理由をご記入ください。		

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	研修修了後に期待される院内外での役割について、具体的にご記入ください。	