返信用FAX送信票
（FAX番号：06-6946-3652）

HIV陽性者支援出前研修　申し込み用紙

【宛先】
〒540-0006　大阪市中央区法円坂2-1-14
国立病院機構大阪医療センター　HIV地域医療支援室
TEL：06-6942-1331（代表）

フ リ ガ ナ 代表者氏名		役職・担当	
施設名・団体名			
連絡先住所	〒　　－		
電話番号			
電子メール			
研修会開催形式	自施設での個別研修会　　施設団体研修とのコラボレーション		
研修参加予定職種	医師　　薬剤師　　看護師　　訪問看護師　　理学療法士		
	介護士　事務職　　ケアマネージャー　施設長　他（　　）		
参加予定人数	名　程度		
研修希望の日時 （土・日・祝以外）	月　　日　　時間：		
	月　初旬・中旬・下旬　　希望曜日：		
	時間帯：　午前　　午後　　夕方　　時頃		
研修場所	自施設　　オンライン開催（Teams　Webex）　その他（　　）		
研修時間	30分程度　　60分程度　　90分程度　　その他（　　）		
研修内容への要望・希望	□　HIV/AIDSの基礎知識（病態・治療） □　HIV陽性者の看護　□　HIV陽性者への支援の実際 □　HIV感染職業暴露時対策 □　HIV陽性者受け入れに伴う社会資源活用 □　その他（　　）		
研修場所での使用可能な機材	なし あり　：　パソコン　　プロジェクター　延長コード		

※研修会の開催にあたり、自施設・オンライン開催共に費用負担の必要はありません。

※研修希望の日時について、ご希望に添えず、ご相談させていただくことがあります。
　ご了承ください。