ＦＡＸ：０９２－６４３－３３３１

福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課

感染症対策係　磯野宛

［令和元年９月２７日（金）締切］

令和元年度HIV感染者・エイズ患者の在宅医療・介護の環境整備事業

**実地研修申込書**

令和　　年　　月　　日

|  |
| --- |
| 事業所名 |
| 事業所所在地 |
| 記載者名 |
| 電話番号 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受講希望者 | 氏　　名 | 職　　名 |
|  |  |
| ★次のアンケートにお答えください。 | | |
| 1. 貴事業所で、ＨＩＶ感染者・エイズ患者に対する介護サービス提供をしたこと（又はその予定）がありますか。該当するものに　○をつけてください。 2. ある　　・　　②　今後する予定　　・　　③　ない   ２．①、②の場合、提供した（又は予定の）介護サービスをお書きください。 | | |
| ３．この研修を受講したい理由をお書きください。 | | |