**「HIV感染者・エイズ患者の在宅医療・介護の環境整備事業**

**実地研修事業」受講者推薦票**

【受講者情報】

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所（施設）名 |  |
| 受講者氏名 |  |
| 受講者職種 |  |
| 推薦理由 |  |
| HIV陽性者の受入予定 | 有　　　・　　　無 |
| 備考 |  |

【推薦者】

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所等名称 |  |
| 代表者名 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| 連絡先  （メールアドレス） |  |