

(様式2)

HIV感染者・エイズ患者の在宅医療・介護の環境整備事業
支援チーム派遣要請書

年 月 日

公益財団法人エイズ予防財団
理事長 白 阪 琢 磨 様

(派遣要請者)

事業所名

代表者氏名

印

令和2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（支援チーム派遣）の実施について、下記のとおり派遣を要請します。

| | | | | |
|-------------------|--------|---------------------------------------|----|---|
| 事業所の情報 | | 所在地：〒 事務担当者氏名： 電話番号： E-mail： | | |
| 患者の 基本 情報 | 性別 | 男 ・ 女 | 年齢 | 歳 |
| | 傷病名 | | | |
| | 現在の処方 | | | |
| | HIV感染歴 | | | |
| | その他 | (CD-4、ウイルス量、身体状況など) | | |
| 支援を必要とする 状況・理由 | | | | |