

[令和2年9月1日(火)締切]

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 今村宛

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
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。

① 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。