

提出先：愛媛県保健福祉部健康衛生局 健康増進課（伊藤）

TEL：089 912 2402 / FAX：089 912 2399 / E-mail：healthpro@pref.ehime.lg.jp

HIV 感染者・エイズ患者の在宅医療・介護の環境整備事業
実地研修受講者調書

令和 年 月 日

公益財団法人エイズ予防財団

理事長 白 阪 琢 磨 様

事業所名

代表者氏名

令和5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）の受講者について、下記のとおり通知いたします。

受講者氏名	
受講者職種 (該当するものに○)	看護師 / 訪問介護員 / 介護支援専門員 / その他 ()
受講者連絡先	電話： (内線) E-mail:
所属機関住所	〒
事務担当者	氏名： 部署名・役職名： 電話： (内線) E-mail：