

(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

平成 年 月 日

公益財団法人エイズ予防財団

理事長 木村 哲 様

(派遣要請者)

事業所名

代表者氏名

印

平成28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		住所：〒 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				