**令和元年度　全国中核拠点病院連絡調整員会議**

**参　　加　　申　　込　　書**

申込日：令和　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　　　　　　　　　　名 | ふ　　り　　が　　な |
|  |  |
| 勤務先名 |  |
| 所属部署 |  |
| 活動場所の診療科名 |  |
| 連絡先 | TEL：　　　　　　　－　　　　　　－　　　　　 | FAX：　　　　　　　－　　　　　　－　　　　　　　　 |
| 連絡用メールアドレス | （0とo、ハイフンとアンダーバーの区別を明確に） |

【アンケート】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 看護師としての経験年数　 | （　　　　　　 　）年 |
|  | HIV実務の経験年数 | （　　　　　　 　）年 |
| ③ | 配置場所 | 　 外来 　・ 　病棟 　・ 　両方 |
| ④ | あなたがHIV診療に関わった患者数 |  |
| ⑤ | ＨＩＶ実務の具体的な仕事内容 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　 |

|  |
| --- |
| HIV看護について聞いてみたいこと、確認したいことなどがありましたら、ご記入ください。当日の会議で対応を予定します。例：研修について |