

実地研修申込書

国立研究開発法人 国立国際医療研究センター
エイズ治療・研究開発センター長 殿

<所属長記載> 令和 年 月 日

施設名： _____

所属部署： _____

役職/氏名(自署)： _____

国立研究開発法人 国立国際医療研究センターエイズ治療・研究開発センターの令和5年ACC研修（実地研修）に下記の者を申し込みます。

申込者情報		記入日：令和 年 月 日
フリガナ		
氏名		
生年月日 (西暦)	年	月 日
施設名		
所属部署		
職種		
専門領域		
緊急連絡先		
E-mail	@	
※ 必ずPCメールが受信可能なメールアドレスをご記入ください。		

HIV診療について

従事・診察経験年数（該当に○）	受講の動機
1. 0年/未経験	
2. 1年以上3年未満	
3. 3年以上5年未満	
4. 5年以上10年未満	
5. 10年以上	
HIV診療の症例数	
件	

<留意事項>

- 当センターでは、原疾患及び加療等により易感染性患者が多数入院されている事から病院内感染症伝播防止対策の遵守（抗体検査やワクチン接種状況の提出）、さらに知り得た患者情報および業務上の情報についての秘密保持が求められます。実施研修受け入れに際して、誓約書面のご提出をいただきますのでご了承ください。（※誓約書は、実施研修が決定した方へ送付します。）
- 定員の都合上、お申し込みされても受講の確約を致しかねますのでご注意ください。
- 旅費・宿泊費については、各自でご負担ください。