別紙様式第１号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　　琉球大学病院長　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　性　　別　　　　男　・　女

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　　年　　　月　　　日生

　　　　エイズ診療従事者研修受入れ許可申請書

　　下記のとおり貴院で研修したいので，受入れを許可くださるようお願いします。

　　なお，受入れを許可された上は，琉球大学病院エイズ診療従事者研修受入れ規程その他の諸規則を遵守し，指導者の指示に従うことを誓約します。

記

　１．

　２．

　３．研修希望診療科等

　４．　令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日

該当する場合は、□にチェックを入れること。（複数選択可）

□医療機関 　 □診　療

研修後、地域（沖縄県内）の においてエイズ患者の　□看　護 に従事する。

□福祉施設　　　　　　　　　　　 □介　護