平成　　　年　　　月　　　日

日本エイズ学会

認定制度審議会委員長　殿

**エイズ診療におけるACC、ブロック拠点病院、中核拠点病院主催**

**HIV/AIDS関連研修会申請書**

　当施設における標題の研修会について、貴学会認定制度における貴学会指定研修会として申請致しますとともに、以下のとおり回答いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 | 名　称 |
| 住　所　〒 |
| 担当者 | 氏　名（所属部署：　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 電話番号 |
| E-mail |
|  |
| 研修会の名称 |  |
| 対象者 | ・医師（学会認定医・指導医の教育研修単位として申請）・看護師（学会認定看護師・指導看護師の教育研修単位として申請）・その他（　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　（いずれかに○を付けて下さい。） |
| 日　時 | 平成　　年　　月　　日（　　曜日）　　　　　　〜 |
| 場　所 | 会場名：所在地：〒 |
| 内　容 |  |
| 講　師 |  |
| 共　催 | あり　・　なし　（いずれかに○を付けて下さい。）共催者： |
| 参加費徴収額（１名あたり） |  | 受講者の募集人数（予定） |  |
| 研修日数・時間数 | 　　　　日間・合計　　　時間 （付与される点数は、研修日数により変動します） |

※研修会毎に記載をお願い致します。また、プログラムを添付してご送付をお願い致します。