令和　7 年　4 ⽉　1 ⽇

九州ブロックHIV診療拠点病院HIV/AIDS研修受講者各位

独立行政法人国立病院機構

九州医療センター

推薦状につきまして

この度は九州ブロックHIV診療拠点病院HIV/AIDS研修へお申込いただき、誠にありがとうございます。

推薦状はフォーマット（word）に必要事項をご記載の上、下記問い合わせ先までご郵送または下記アドレス宛メール添付にて送信をお願いいたします。

《推薦者について》

推薦者は各施設の代表者(病院長・施設長等)でお願いいたします。

《お問い合わせ》

ご不明な点等ございましたら下記までご連絡お願いいたします。

独立行政法人国立病院機構九州医療センター

AIDS/HIV総合治療センター事務室　研修担当者：尾﨑

TEL:092-852-0700　 FAX:092-847-8802

MAIL:ozaki.nahoko.mh@mail.hosp.go.jp

令和 　年 　⽉ 　⽇

独立行政法人国立病院機構

九州医療センター院長　殿

施設名

役職

⽒名

推 薦 状

この度、下記の者より⾃⼰の能⼒向上を⽬指し、貴院における九州ブロックHIV診療拠点病院HIV/AIDS研修 受講を希望する旨申出がありましたので、貴院研修受講⽣として推薦致します。

ご指導いただきますよう何卒宜しくお願い申し上げます。

記

職 名

⽒ 名

コース（当てはまるものに○を記載）

1. HIV/AIDS基礎研修（看護師・薬剤師・医師・カウンセラー・MSW・栄養士コース）

2. HIV/AIDS基礎研修(歯科医師/歯科衛生士コース)

3. HIV/AIDS看護師応用研修コース

推薦理由（当てはまるものに○を記載）

1. 現在 HIV 感染症/AIDS 診療等の担当者

2. 研修終了後、HIV感染症/AIDS 診療の担当者になる予定

3. その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）

以上