

令和 8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

AIDS/HIV総合治療センター 部長 南 留美

推薦状について

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

推薦状に必要事項をご記載の上、下記までご郵送またはメール添付にてご送付をお願い致します。尚、推薦者につきましては、各施設の代表者(病院長・施設長等)または職場長をお願い致します。

《本件ご照会先》

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：吉用

[TEL:092-852-0700](tel:092-852-0700) (内線：6154) FAX:092-847-8801

MAIL:yoshimochi.midori.ch@mail.hosp.go.jp

令和 8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(医師・看護師・薬剤師・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