

様式 1

ウイルス疾患指導料（注２に規定する加算）の施設基準に係る届出書添付書類

| | |
|-----------------------------|---|
| 1 専任の医師の氏名 | H I V感染者の診療に従事した 経験年数（５年以上であるこ と。） 年 |
| 2 専任の看護師の氏名 | H I V感染者の看護に従事した 経験年数（２年以上であるこ と。） 年 |
| 3 H I V感染者の服薬指導を行う専任の薬剤師の氏名 | |
| 4 社会福祉士又は精神保健福祉士の氏名 | |
| 5 診察室及び相談室の概要 | |

（必要に応じ、見取り図等を添付すること。）