## 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

		19 A J J A J A A J A A J A A J A A J A A J A A J A A J A A J A A J A A J A A J A A J A A J A A J A A J A A J A A J A A J A J A A J
1	専任の医師の氏名	HIV感染者の診療に従事した
		経験年数(5年以上であるこ
		と。)
2	専従の看護師の氏名	HIV感染者の看護に従事した
	A PC-0 II IZAR-00 PC II	経験年数(2年以上であるこ
		と。)
		(20)
3	3 HIV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		
	お来主人の自民主の概文	
	(必要に応じ、	見取り図等を添付すること。)

## [記載上の注意]

「1」及び「2」については、医師及び看護師の経験が確認できる文書を添付すること。