

「第 12 回 HIV/AIDS ソーシャルワーカー・ネットワーク会議、研修会」
出席者募集について

[期日] 平成 28 年 8 月 27 日 (土)・28 日 (日)

[会場] TKP 岡山カンファレンスセンター (アパホテル岡山駅東口 内)
〒700-0907 岡山県岡山市北区下石井 1 丁目 3-12
TEL:086-235-5733

[主催] 広島大学病院エイズ医療対策室
(厚生労働省エイズ対策研究事業「HIV 感染症の医療体制の整備に関する研究」)

[日程]

8 月 27 日 (土)

【1 日目研修会】

13:00 受付

13:30 研修会開始

開会挨拶：藤井 輝久 (広島大学病院 エイズ医療対策室長)

13:35 講義①『HIV 感染症の基礎知識』

講師：藤井 輝久 (広島大学病院 エイズ医療対策室長)

14:35 講義②『北海道における HIV 陽性者への福祉サービスネットワーク構築について』

講師：富田 健一 (北海道大学病院 相談室：社会福祉士・介護支援専門員)

15:25 講義③『血友病薬害被害者手帳の周知・理解 (仮)』

～当事者の声～藤原 良次 (特定非営利活動法人 りょうちゃんず理事長)

～手帳説明～ 山田 俊之

(厚生労働省医療・生活衛生局総務課医薬品副作用被害対策室)

16:35 1 日目研修終了

【拠点病院ソーシャルワーカー会議】

16:45 拠点病院ソーシャルワーカー会議開始

各病院の課題発表&検討 (仮)

① 受入れ先連携現況

② 各地域の受け入れ先開拓システム・研修等の現況

18:15 会議終了

*1 日目の会議終了後 19 時頃より意見交換会 (懇親会) を予定しています。

8月28日（日）

【2日目研修会】

9：10 事例検討①『様々な困難要因を抱えた感染者への関わり』

～他機関からの入院相談、急性期病院から療養型病院への転院を通じて、
連携とは何か、SWの役割とは何かを再考する試み～

発表者 田中 透（県立広島病院 地域連携センター ソーシャルワーカー）

高崎 志保（広島シーサイド病院 ソーシャルワーカー）

10：40 事例検討②

12：10 2日目研修会終了

※当日のプログラム内容を変更させて頂く場合もございます。ご了承ください。

[参加費] 無料

[旅費] 支給いたします。別紙の「旅費について」をご確認ください。
※旅行行程に変更がある場合は、前日までに必ず事務局までご連絡ください。

[申込] 参加希望者は、申込用紙と銀行口座振込依頼書に必要事項をご記入の上、下記
広島大学病院エイズ医療対策室へ提出してください。
ご提出は、平成28年7月22日（金）必着でお願いいたします。尚、参加決定
のご案内は、個人宛に8月8日（月）迄にお知らせいたします。通知が届かない
場合はご連絡ください。

お問い合わせ先：広島大学病院 エイズ医療対策室（担当 村上、濱本）

〒734-8551 広島市南区霞 1-2-3 TEL&FAX：082-257-5351

E-mail：eiko@hiroshima-u.ac.jp（村上）

FAX：082-257-5351

広島大学病院 エイズ医療対策室 宛

別紙

旅費について

本会議は、厚生労働省エイズ対策研究事業の一環として開催しており、費用は全て事務委任をしている広島大学経理部にて広島大学の規程に基づき処理された後、厚生労働科学研究費からお支払いすることになっております。そのため、旅費のお支払いの手続きにいくつか書類をご提出頂くこととなります。下記をご一読の上、必要書類などのご準備をお願い致します。また、旅費のお支払は、会議終了後、下記提出書類がすべて整いましたら、ご指定の銀行口座にお振込みいたしますので、暫くの間お立替くださいますようお願い申し上げます。

※ 旅費としてお支払い出来るもの

往路の交通費・復路の交通費・宿泊費 (8/27 日分)・日当 (2 日分)

地域内（出発地と岡山市内）における交通費は、日当により充当されます。

※ 提出必要書類について

① 銀行口座振込依頼書（平成 28 年 7 月 22 日（金）必着）

※これまでに広島大学にご提出くださっている方は、変更の場合のみご提出ください。

※住所はご自宅のご住所をお書きください。

※右上に一箇所押印が必要ですので、お忘れのない様お願いいたします。

② 会議後、交通費に関する証拠書類の提出をお願いします。

● 高速バスや高速フェリーをご利用の場合は往復分の切符（現物かコピー）または領収書

● 宿泊のパックをご利用の場合はパック旅行代金の領収書とパック旅行のパンフレットまたはパック旅行の明細表（コピー可）

※JR・新幹線をご利用の方は証拠書類の提出は不要です。

③ 会議後、宿泊費に関する証拠書類の提出をお願いします。

● 宿泊証明書または宿泊領収書

※宿泊が必要な方は、ご自身で宿泊施設のご予約をお願いいたします。

また、研修会当日は旅費手続きの書類への押印が必要となりますので、ご印鑑を必ずご持参頂きますようお願い致します。何かご不明な点などございましたら、下記濱本までご連絡ください。何卒よろしくようお願い申し上げます。

【旅費に関するお問い合わせ先】

広島大学病院エイズ医療対策室 濱本 京子

〒734-8551 広島市南区霞 1-2-3

TEL/FAX：082-257-5581（輸血部長室）

アドレス：kyokoko@hiroshima-u.ac.jp

**第 12 回 HIV/AIDS ソーシャルワーカー・ネットワーク会議、研修会
出席申込用紙（エイズ治療拠点病院用）**

施設名			
施設住所	〒 —		
お勤め先電話番号	()	—	
携帯番号（緊急時）	()	— *可能な範囲で結構です	
ふりがな 名前			1. 男 2. 女
所属部署名			
職名		HIV 経験症例数	名
E-mail			
意見交換会について	8/27（土）会議終了後、19 時頃から会場近くで意見交換会（懇親会）を行う予定です。会費は 4000 円程度です。交流を深めるためにも出来るだけ参加をご検討ください。 参加する ・ 参加しない		
別紙 1「旅費について」をご一読の上、下記旅行行程についてお知らせください。 ※ 旅行行程が後日変更となる場合は、前日までに必ず事務局までご連絡をよろしく申し上げます。			
宿泊の有無	あり（8/27） ・ なし * 日程的に宿泊が必要な方へは費用が出ます。 * ご自身で宿泊施設のご予約をお願いします。		
利用交通機関	JR ・ 高速バス ・ 高速フェリー ・ その他（ ） * 複数の場合は、該当するところに全て○をお願いします。		
出発地	基本は所属施設の最寄り駅を出発地とさせていただきますが、自宅が会場に近い場合はご自宅を出発地とさせていただきます。		
この会議、研修会へ期待することなど、ご自由にお書きください。			

申込期限：平成 28 年 7 月 22 日（金）必着

※銀行口座振込依頼書も一緒にご提出ください。

※申込み受付後、8 月 8 日（月）迄に参加についてのご案内をお送りします。通知が届かない場合はご連絡ください。

銀行口座振込依頼書 (新規・変更)
兼 業者登録依頼書

広島大学出納担当職 殿
財務・総務室経理グループリーダー

所 属		種 別	<input checked="" type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 職員 <input type="checkbox"/> 契約・非常勤職員 <input type="checkbox"/> 非常勤講師 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 業者
大 大 I D (業者コード)			広島大学の職員は職員番号、広島大学の学生は学生番号を記入して下さい。その他の方は記入不要です。
フリガナ			↓下記押印 お願いします。
氏名又は法人名 (債主名)			印
住 所	郵便番号		↓ご自宅のご住所をお書き下さい。
	都道府県名	都・道・府・県	
	市区町村等 番 地 村 等		
	建物番号等 部 屋 番 号 等		
電 話 番 号			
F A X 番 号			
電子メールでの 振込通知要否	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	E-mail アドレス	※振込通知希望の場合のみご記入下さい。携帯電話への送信はできません。

※ 本学担当者記入欄(R/3必要項目)

仕入先勘定グループ	/H00 教職員 /H01 一般業者 /H10 公共料金 /H40 外国送金業者 /H50 その他 /H60 国等 /H70 科研 /H90 代人 /HAH 学生A~H /HJZ 学生J~Z /HZA 学生ZA~ZK
業者区分	/01 定員内 /02 非常勤 /03 非常勤講師 /04 賃金職員 /05 国等 /06 代人 /07 業者(大企業) /08 業者(中小企業) /09 市町村 /10 学生 /99 その他
支払条件	/0001振込
支払方法	/ T銀行口座振込

広島大学から私に支払われる経費等は、下記銀行口座に振り込んでください。

金融機関名	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 商工中金 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 農林中金 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> 労働金庫 <input type="checkbox"/> 漁協
支 店 名	<input type="checkbox"/> 本 店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 支 店
金融機関コード	※通帳をご確認のうえ、金融機関コードの記入もお願いいたします。
預 金 種 別	<input type="checkbox"/> 普通預金 (0 1) <input type="checkbox"/> 当座預金 (0 2) <input type="checkbox"/> その他 ()
口 座 番 号	(右 詰 め)
口座 名義	カ ナ 漢 字

- (注)
- 振込先は債主名義(本人の場合は本人名義、法人の場合は法人名義)の預金口座を原則とします。
 - 氏名又は法人名欄には、必ずフリガナをお願いします。
 - ゆうちょ銀行を希望される場合は、必ず、振込用の店名・預金種目・口座番号をご記入下さい。
 - この依頼書に記載された個人情報、銀行振込に関する必要な手続き及び源泉徴収票作成(謝金振込の場合のみ)を行う目的で利用するものであり、この目的以外で利用又は提供することはありません。

取扱部局名	医療対策室	経理グループ
取扱担当者名	濱本	
内線番号	5581	

※ (学生、教職員の方へ) 口座振込手数料削減の観点から、広島銀行を奨励します。