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	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経験年数（２年以上であること。）
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　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。）	

［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。