

参加申込書

申込日:平成 22 年 月 日

参加希望研修会	「HIV 検査相談」研修会（基礎編）
---------	--------------------

※氏名は修了証書の氏名としますので、正確に記入して下さい。

氏 名	ふ り が な	年 齢
		歳
職種: 該当する職種を○で囲んで下さい。 医師・保健師・看護師・検査技師・薬剤師・心理職・福祉職・NGO・事務職・その他()		
* 楷書 で記入して下さい。研修会資料の名簿に掲載します。 名簿にご住所等の掲載を希望しない場合は下記※へ☑願います。 <u>お名前と勤務先、職種は基本的に名簿に記載しますが、希望なされない場合はお申し出ください</u> [勤務先名]および[所属部署名・係名]		
[勤務先の住所(または郵便物の送付先)]		※名簿に住所・電話番号等連絡先掲載を希望しない <input type="checkbox"/>
〒 — —		※送付先及び電話・FAXが自宅です <input type="checkbox"/>
電話: — —		FAX: — —
連絡用メールアドレス(0とo、ハイフンとアンダーバーの区別を明確に)		

【アンケート】グループ分けやプログラム内容の参考にします。

①	・上記職種としての経験年数	()年
②	・HIV 検査相談業務の経験年数は？	()年
	・HIV検査相談業務の具体的な仕事内容 (例えば検査前後の相談等)
③	・HIV 即日検査相談業務の経験年数は？	()年
	・HIV 即日検査相談業務での具体的な仕事内容
④	これまで検査相談業務に関った中で、何か困ったことはありましたか？
⑤	今回の研修会で特に取り上げてほしい内容や要望などがありましたら、お書きください。
⑥	この研修会をどこでお知りになりましたか？	職場 知り合いから 財団 HP その他()

【受講希望の動機】 ※必ず記入してください。選考の際参考とします。