参加申込書

申込期限：平成28年12月2日（金）

FAX：03-5259-1812

公益財団法人エイズ予防財団

申込日：平成 28 年　　月　　日

研修会名	青少年エイズ対策事業研修会 開催月日：平成29年1月27日（金）

※太枠線内をすべてご記入ください。

ふりがな		年齢	歳
氏　名			
所属機関			
部署名・係名			
住　所	連絡先（□所属先　□自宅）←※該当する□に✓を入れてください。 〒　　－ 都道府県　　市区		
電話／FAX	電話	FAX	
Emailアドレス			
職　種 （例：保健師、看護師、事務職、相談員など）			

①現在の職種に携わってきた年数をお書きください。	（　　）年
②HIV／エイズに関する業務に携わってきた年数をお書きください。	（　　）年
③HIV／エイズに関して、どのような業務・活動をしてこられましたか？ （※経験がなくても結構です。）	
④本研修会で学びたいと思っていることをお書きください。	