

平成 22 年度ケア合同（応用編）研修会 参加申込書

申込日：平成 年 月 日

※氏名は修了証書の氏名としますので、正確に楷書で記入して下さい。

氏 名	ふ り が な	年 齢
		歳
<p>職種：該当する職種を○で囲んで下さい。 保健師・医師・看護師・検査技師・薬剤師・心理職・福祉職・介護職・NGO・国際協力 学生・行政担当者・研究職・リサーチレジデント・企業担当者・教育関係者・マスコミ関係者 その他()</p>		
<p>こちらからの郵送物の送付先、および連絡先をご記入下さい。また、研修会資料の名簿に掲載します。 ※名簿にご住所・電話番号の掲載を希望しない場合、また送付先及び電話・FAX がご自宅の場合は、下記の該当箇所へ☑願います。 ※お名前・勤務先・職種は基本的に名簿に記載しますが、記載不可の場合は別途お申し出ください。</p> <p>[勤務先名]および[所属部署名・係名]</p> <p>[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"/></p> <p>電話: - - FAX: - -</p> <p>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)</p>		

【アンケート】プログラムやグループ分けの参考にします。

①	・現職の経験年数(現在の職種に就いている期間) ・HIV/エイズ臨床活動の経験年数	・()年 ・()年
②	HIV/エイズ臨床活動にあなたはこれまでどのように関わってきましたか？(具体的に)	
③	関わった中で何か困ったことはありましたか？(具体的に)	
④	今後、HIV/エイズ臨床活動にあなたはどのように関わっていく予定ですか？(具体的に)	
⑤	今回の研修会で特に取り上げてほしい内容などがありましたら、お書きください。	
⑥	事例検討で取り上げて欲しい事例	
⑦	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()

【 受講希望の動機について 】※受講動機は、選考の基準となりますので、必ずご記入ください。