平成２８年度　エイズ予防財団研修会　参加申込書

FAX：03-5259-1812

申込日：平成 28 年　　月　　日

研修会名	HIV検査相談研修会（東京） 開催日：8月25日（木）～26日（金）

※太枠線内をすべてご記入ください。
※氏名･所属先･職種は受講者名簿に記載します。記載を辞退したい項目がある場合は、申込時にご連絡ください。

ふりがな		年齢	歳
氏　名			
所属先			
部署名・係名			
職　種 （例：医師、保健師、心理職、事務職など）			

連絡先（□所属先　□自宅）←※該当する□に✓を入れてください。

住所：　〒　　－

都道府県　　市区

電話：　　－　　－　　FAX：　　－　　－

メールアドレス：　　@

①本研修会を何で知りましたか？	□所属先　□知り合い　□エイズ予防情報ネット □その他（具体的に：　　）
②現在の職種に携わってきた年数をお書きください。	（　　）年
③HIV／エイズに関する業務・活動に携わってきた年数をお書きください。	（　　）年
④HIV／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？ （※経験がない場合には、その旨をご記入ください。）	対面による検査相談の経験　□有　□無 陰性通知の経験　□有　□無　　陽性通知の経験　□有　□無
⑤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。	