

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／エイズ基礎研修会 開催日：6月17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 <small>(例：医師、保健師、心理職、事務職、学生など)</small>			
連絡先（ <input type="checkbox"/> 所属先 <input type="checkbox"/> 自宅） ←※該当する口に✓を入れてください。			
住所：〒 —			
電話： — — FAX： — —			
メールアドレス： @			

当財団の基礎研修会に参加したことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
①本研修会を何で知りましたか？	<input type="checkbox"/> 所属先 <input type="checkbox"/> 知り合い <input type="checkbox"/> エイズ予防情報ネット <input type="checkbox"/> 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？ <small>(※経験がない場合は、その旨をご記入ください。)</small>	
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。	