

平成29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 29 年 月 日

研修会名	<h2>HIV検査相談研修会（東京）</h2> <p>開催日：8月24日（木）～25日（金）</p>
------	--

※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、事務職など）</small>					
連絡先（ <input type="checkbox"/> 所属先 <input type="checkbox"/> 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？	<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>（※経験がない場合には、その旨をご記入ください。）</small>	対面による検査相談の経験 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	陰性通知の経験 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		陽性通知の経験 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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。			