

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／エイズ基礎研修会</h2> <p>開催日：6月16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 | | | | |
| 氏名 | | | 年齢 | 歳 |
| 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□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。 | |