

平成30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 30 年 月 日

研修会名	HIV検査相談研修会（東京） <small>開催日：8月30日（木）～31日（金）</small>
------	---

※お申し込みにあたっては、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。	