

令和元年度 エイズ予防財団研修会 参加申込書

FAX：03-5259-1812

メールアドレス：kenshu2019@ifap.or.jp

申込日：令和 元年 月 日

研修会名	HIV／エイズ基礎研修会（大阪） 開催月日：7月12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、学生など)					
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：	@				

当財団の基礎研修会に参加したことがありますか？	☐ はい ☐ いいえ
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・活動をしてられましたか？ (※経験がない場合は、その旨をご記入ください。)	
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。	