

# 平成31年度 エイズ予防財団研修会 参加申込書

メールアドレス：kenshu2019@jfap.or.jp  
 FAX：03-5259-1812

申込日： 年 月 日

|      |   |
|------|---|
| 研修会名 | <b>HIV／エイズ基礎研修会（東京）</b><br><small>開催月日：6月21日（金）</small> |
|------|---|

※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<br><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：   | 〒 | —        | — | —      | — | — | — |
|   |   | 都道<br>府県 |   | 市<br>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？  | <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<br><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・活動をしてられましたか？<br><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<br>思っていることをお書き<br>ください。  |  |