

# 令和2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：kenshu2020@jfap.or.jp

申込日：令和 2年 月 日

|      |                                      |
|------|--------------------------------------|
| 研修会名 | HIV／エイズ基礎研修会（東京）<br>開催月日：令和2年9月4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                                                                             |   |      |          |
| 氏 名                                                                              |   |      |          |
| 所属先                                                                              |   |      |          |
| 部署名・係名                                                                           |   |      |          |
| 職種<br>(例：医師、保健師、心理職、事務職、学生など)                                                    |   |      |          |
| 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：                                                                         | @ |      |          |

|                                                               |                                                                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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<br>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>(※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。                                   |                                                                                                                                        |