

令和3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：kenshu2021@jfap.or.jp

申込日：令和 3年 月 日

| | |
|------|--|
| 研修会名 | <h2>HIV／エイズ基礎研修会</h2> <p>開催月日：令和3年6月18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 | | | |
| 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> | | 現在の職種に携わってきた年数 | （ ）年 |
| 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： ） |
| ②HIV／エイズに関して、どのような業務・活動をしていますか？ <small>（※経験がない場合は、その旨をご記入ください。）</small> | |
| 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 |
| ④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。 | |