

参 加 申 込 書

申込日： 年 月 日

| | |
|---------|-----------------|
| 参加希望研修会 | 令和4年度 NGO指導者研修会 |
|---------|-----------------|

※記入氏名を修了証書の氏名とするので、正確に記入してください。

| | |
|---|---|
| 氏 名 | ふ り が な |
| | |
| 所 属 団 体 名 | 役 職 名 |
| | |
| 〔所属先の住所(または郵便物の送付先)〕 | |
| 〒 — — | <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">送付先及び電話・FAXが自宅の場合は<input checked="" type="checkbox"/>願います</div> <div style="text-align: right;">自宅 <input type="checkbox"/></div> |
| 電話: — — | FAX: — — |
| 連絡用メールアドレス: @ | (0とo、ハイフンとアンダーバーの区別を明確に) |

【アンケート】 プログラムや発表の参考にします。全ての項目を記入してください。

| | | |
|---|--|---|
| ① | <input type="checkbox"/> ■エイズ NGO での活動年数 <input type="checkbox"/> ■今後、HIV／エイズ活動を継続できる年数 | <input type="checkbox"/> ()年 <input type="checkbox"/> ()年 |
| ② | 所属団体が活動している対象者層 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| ③ | 所属団体で、あなたが実施してきたプログラムについてお書きください。(具体的に) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| ④ | HIV／エイズ活動をしてきた中で困ったことをお書きください。(具体的に) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| ⑤ | 今後、あなたはHIV／エイズ活動にどのように関わっていく予定ですか？(具体的に) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| ⑥ | 過去の研修受講経験 | 年 主催者: 名称: 年 主催者: 名称: |
| ⑦ | この研修会をどこでお知りになりましたか？ | <input type="checkbox"/> 財団 HP <input type="checkbox"/> 財団からのお知らせ <input type="checkbox"/> 知り合いから <input type="checkbox"/> その他() |

【 受講希望の動機 】

【 2日目のプログラムで話し合いたい活動上の課題 】