送付先　　　ＦＡＸ　０８３－９３４－２２０９　　（山口県健康づくりセンター）

オンライン研修

エイズ研修　受講申込書

令和６年(2024年）　　　月　　　　日

公益財団法人山口県健康福祉財団

山口県健康づくりセンター長

所属名

（ＴＥＬ：　　　　　　　　　　　　　　）

（ＦＡＸ：　　　　　　　　　　　　　　）

標記研修会に下記のとおり申し込みます。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 課　　　名  （係･班名） | 氏　　名 | 職　種 | 経験年数  ※現在の職の年数  初年度を１として算定 | 備　　考 |
|  |  |  |  |  |
| **●受講方法等の通知先**  （８月２２日までに受講方法、ID・パスコードをメールでお知らせします）  （E-mail:　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  **●事前の接続試験について**  本研修はオンライン（Zoom）での受講となります。事前の接続試験を希望されますか。  どちらかに〇を付けてください。【　希望する　・　希望しない　】 | | | | |

●今回の研修内容について下記をご記入ください。

当研修を受講する上で、学びたいことを教えてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 講義名  （該当する項目に〇をつけてください） | 学びたいこと・質問等 |
| 行政説明　・　講義１  活動紹介　・　講義２ |  |
| 行政説明　・　講義１  活動紹介　・　講義２ |  |
| 行政説明　・　講義１  活動紹介　・　講義２ |  |
| 行政説明　・　講義１  活動紹介　・　講義２ |  |

＊スペースが不足の場合は、別紙添付で提出してください。＊お送りいただいた全てに対応できない場合もあります。

**申込期限：令和 ６年 ８月 ９日(金）**