（別紙）

西暦　　　年　　　月　　　日

公益財団法人エイズ予防財団　御中

「AIDS 2020」助成事業の参加助成を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏　名 | |  | | | | 年齢 |  |
|  | | | |
| 所　属 | |  | | | | | |
| 役　職 | |  | | 職種 |  | | |
| 連 絡 先 | E-mail | |  | | | | |
| 電　話 | |  | | | | |
| F A X | |  | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 過去の助成 | １　有　り　　・　　２　無　し |

|  |
| --- |
| ◇ 発表演題（提出予定を含む）の有無  １ 有　り（A 口演 ・ B 示説 ・ C その他（　　　　　　　　　　　　　　　））  　 ２ 無 し |
| ◇ 語 学 力（該当する番号に○をつけてください）  　１　議論可能（英検１級、TOEIC800点、TOEFL550点以上を目安）  　２　簡単な議論可能（英検準１級程度、TOEIC730点、TOEFL500点を目安）  　３　一方的な説明可能（英検２級程度）  　４　その他・留学経験等（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ◇経歴・業績等 |