

第27回日本エイズ学会学術集会

「HIV陽性者参加支援スカラシップ」のお知らせ

HIV 陽性者参加支援スカラシップ委員会では、2013年11月20日(水)～11月22日(金)に熊本で開催される第27回日本エイズ学会学術集会に、より多くのHIV陽性当事者に参加してもらえよう、スカラシップ(学会参加費等補助)を提供します。

日本エイズ学会では、HIV陽性者にとって切実な問題である医療はもちろん、HIVに関する様々な取り組みや最新事例を知ることができます。また、さまざまな専門家の考えを聞き、意見交換ができる機会でもあります。しかし、多くのHIV陽性者にとって学会という場は経済的、地理的、心理的に参加しにくいのではないかと思います。そこで、少しでも学会への参加機会を拡大するために、HIV陽性者当事者団体・支援団体が共同で学会参加を支援するスカラシップを2006年より毎年実施しています。

このスカラシップを活用して第27回日本エイズ学会学術集会に参加したい方は、以下の応募要項をお読みいただき、必要事項をご記入のうえご応募ください。応募〆切は2013年9月30日(月)必着です。

2013年7月

HIV陽性者参加支援スカラシップ委員会

第27回日本エイズ学会学術集会

2013年11月20日(水)～11月22日(金)

市民会館崇城大学ホール(熊本市市民会館)・熊本市国際交流会館

くわしくは、学術集会のWebサイトをご覧ください。

<http://www.secretariat.ne.jp/aids27/>

HIV陽性者参加支援スカラシップ委員会

◆この委員会は、以下の4団体が共同で運営しています◆

社会福祉法人はばたき福祉事業団、特定非営利活動法人ふれいす東京
特定非営利活動法人日本HIV陽性者ネットワーク・ジャンププラス
公益財団法人エイズ予防財団

<http://www.ptokyo.com/scholarship/>

— HIV陽性者参加支援スカラシップ応募要項 —

◆応募資格：

- (1) HIV陽性者であること
 - (2) 第27回日本エイズ学会学術集会において開催されるシンポジウム、セミナー、演題等の2つ以上のプログラム(うち1つは、11月22日(金)13:10～14:30開催の公開シンポジウム「治療と社会的偏見の解消」)に参加可能であること
 - (3) 他から交通費・宿泊費などの助成を受けていないこと
 - (4) 学術集会終了後、2013年12月10日(火)までに参加した各プログラムに関するレポート(計2点)を書いて提出すること
- ※ レポートは後日発行される報告書に個人を特定できないよう編集した上で掲載され、報告書は冊子およびインターネットを通じて公開させていただきます。

◆支給人数：35名程度(予定)

- | | |
|----------------------------|-------------------------------|
| ◆支給額：九州に在住されている方(沖縄を除く) | 10,000円(参加登録費のみ) |
| 中部・近畿・中国・四国地方、沖縄県に在住されている方 | 30,000円(参加登録費および一部交通費・宿泊費相当分) |
| 北海道・東北・関東地方に在住されている方 | 50,000円(参加登録費および一部交通費・宿泊費相当分) |

- ◆支給方法：受給者が指定する本人名義の銀行口座(ゆうちょ含む)に、「スカラシップ委員会」の口座より送金します。
なお、学会参加登録費相当分は現物で支給させていただく場合があります。

- ◆応募方法：裏面の応募書類に必要事項を明記の上、スカラシップ委員会までE-mail、FAXまたは郵送でお送りください。
応募動機等についてスカラシップ委員会にて審査の上、10月中旬に助成の可否を連絡させていただきます。

- ◆応募期限：2013年9月30日(月)必着

- ◆応募先・問い合わせ先：【郵送】〒162-0045 東京都新宿区馬場下町60まんしょん早稲田401
【E-mail】info@janppplus.jp 【TEL】03-6233-7023 【FAX】03-6233-7024
【宛名】ジャンププラス内 HIV陽性者参加支援スカラシップ委員会(担当:高久)

HIV陽性者参加支援スカラシップ応募書類

この応募書類はHIV陽性者参加支援スカラシップ委員会にて厳重に管理します。提供された個人情報は、同委員会内で応募条件の確認および審査、結果通知、スカラシップ支給に関連する連絡にのみ使用し、本人による希望があった場合を除き(★項目)、その目的外に利用したり、第三者に譲渡したりすることはありません。

また、応募動機や過去の受給経験、およびスカラシップを知ったきっかけ等の回答内容については、個人が特定できないよう加工した上で、本スカラシップ・プログラムの広報や研究データなどに利用、公表させていただく場合があります。

氏名 ※ペンネーム可	フリガナ: 		
連絡先 ※1~3の少なくとも1つ希望する連絡方法を記入してください。	1. E-mail : ←info@janplusplus.jpからのメールが受信できるようにしてください 2. FAX : 3. 郵送 : 〒 - 宛名 : ←ペンネームで応募される場合には、必ず郵便受取可能な宛名をご記入ください 希望する差出人名義 → A.スカラシップ委員会 B.高久陽介 C.大槻知子 (未選択の場合Aで送付)		
電話番号 ※必須	TEL : ※書面・メールによる連絡が取れない場合のみ、「スカラシップ委員会(高久)」よりお電話させていただく場合があります。		
居住地	(都 ・ 道 ・ 府 ・ 県)		
陽性告知年月	年	月	通院している病院名
最近のCD4値	最近のウィルス量		
応募動機 ※400字程度でまとめてください。 ※紙面が足りない場合は別紙でも構いません。			
スカラシップを最初に知ったきっかけを、ひとつお選びください	<input type="checkbox"/> 主催各団体(はばたき福祉事業団・ぷれいす東京・ジャンププラス)のWeb、E-mail、印刷物等を見た <input type="checkbox"/> 通院する医療機関で知った(設置されている印刷物を見た、医師や看護師等から聞いた) <input type="checkbox"/> 友人・知人から聞いて知った <input type="checkbox"/> その他 → 具体的に ()		
過去に本スカラシップを受給しましたか?	<input type="checkbox"/> 過去に受給経験なし <input type="checkbox"/> 1回受給 <input type="checkbox"/> 2回受給 <input type="checkbox"/> 3回以上受給		
★今後、スカラシップ主催各団体からの情報提供を希望されますか? (希望された場合には、当該団体に氏名・連絡先情報が共有されます)			
情報提供を希望する団体	: <input type="checkbox"/> はばたき福祉事業団 <input type="checkbox"/> ぷれいす東京 <input type="checkbox"/> ジャンププラス		
希望する連絡方法	: <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 郵送		