

第26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、2012年11月24日(土)～11月26日(月)に横浜で開催される第26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るよう、スカラシップ(学会参加費等補助)を提供します。医療情報をはじめとして、HIVに関わる最新情報を学び、さまざまな専門家らと交流できる機会である学術集会に参加するために、ぜひこの第26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」を活用してください。

HIV陽性者にとって、医療は切実な問題であるにも関わらず、専門家が意見を出し合って討議し、また、新たな治療が提示される学会や学術集会に触れることはこれまで稀なことでした。全国にいるHIV陽性者にとって経済的や地理的、また心理的に参加しにくい学会の場に、少しでも参加する機会を拡大するために、わたくしどもHIV陽性者当事者団体・支援団体では、HIV陽性者の学会参加を促すスカラシップを、2006年より共同事業として継続して行っています。

別添の「HIV陽性者参加支援スカラシップ応募要項」をお読みになって、「HIV陽性者参加支援スカラシップ応募書類」に必要事項をご記入のうえご応募ください。応募〆切は2012年10月7日(日)必着です。

第26回日本エイズ学会学術集会

2012年11月24日(土)～11月26日(月)

於 慶應義塾大学 日吉キャンパス

くわしくは、学術集会のWebサイト(<http://www.secretariat.ne.jp/aids26/>)をご覧ください。

HIV陽性者参加支援スカラシップ委員会

社会福祉法人はばたき福祉事業団

特定非営利活動法人ぷれいす東京

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

HIV陽性者参加支援スカラシップ応募要項

◆支給対象(応募資格):

- (1) HIV 陽性者であること
- (2) 第 26 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 2 つ以上のプログラム(うち 1 つは、スカラシップ委員会のシンポジウム(詳細は後日発表)とする)に参加することができること
- (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、2012 年 12 月 16 日(日)までに参加したプログラムそれぞれに関するレポート計 2 点を書いて提出すること

なお、レポートは後日発行される「第 26 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 報告書」(冊子版、およびデジタル版)に匿名の状態に掲載され公開されます。

◆支給人数: 50 名程度(予定)

◆支給額:

関東地方在住者	10,000 円 (参加登録費のみ)
東北・中部・近畿・中国地方在住者	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・四国・九州・沖縄地方在住者	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、参加登録費相当分は現物支給となる場合があります。

◆応募方法:

次ページの「HIV 陽性者参加支援スカラシップ応募書類」に必要事項を明記の上、下記の宛先まで E-mail、FAX または郵送でお送りください。応募動機などについて審査の上、10 月中旬～下旬に助成の可否を連絡させていただきます。

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)

住所: 〒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@janplus.jp FAX: 03-6233-7024

※応募書類の送付先が昨年までと異なりますので、ご注意ください。

◆応募期限: 2012 年 10 月 7 日(日)必着

◆お問い合わせ先:

ご不明な点がございましたら、下記の各団体「スカラシップ委員会」担当者にお問い合わせください。

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(担当: 高久) 電話: 03-6233-7023

特定非営利活動法人ふれいす東京(担当: 大槻) 電話: 03-3361-8964

社会福祉法人はばたき福祉事業団(担当: 柿沼) 電話: 03-5228-1200

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・ジャンププラス内「HIV 陽性者参加支援スカラシップ委員会」(担当:高久)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、結果通知等スカラシップに関連する連絡時のみ使用し、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 <small>※ペンネーム可</small>	フリガナ: <hr style="border-top: 1px dotted black;"/>				
書面で連絡できる連絡先 <small>※1・2・3のいずれか希望する連絡方法の宛先を記入してください。</small>	1. E-mail: ←info@janplus.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 <small>※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(未選択の場合はAの名前で送付します)</small>				
電話番号 <small>※必須</small>	TEL: <small>※上記の書面による連絡手段で連絡が取れなかった場合にのみ「スカラシップ委員会(高久)」よりお電話いたします。</small>				
居住地	(都 ・ 道 ・ 府 ・ 県)				
陽性告知年月	年 月 日 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) <small>※審査の際に参考にさせていただきます。</small>					
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 <small>※■or☑</small>	<input type="checkbox"/> 主催団体(はばたき福祉事業団・ふれいす東京・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、主治医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: _____)				
過去のスカラシップ受給経験 <small>※■or☑</small>	<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				
★任意項目 <small>※希望された場合には、各団体に氏名と連絡先情報が共有されます。</small>	★今後スカラシップ主催各団体からイベント等の情報を希望する場合にのみ、該当項目に■か☑で記入してください。 <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%; border: none;"> <input type="checkbox"/> はばたき福祉事業団 <input type="checkbox"/> ふれいす東京 <input type="checkbox"/> ジャンププラス </td> <td style="width: 30%; border: none; text-align: center;"> } からの情報を </td> <td style="width: 30%; border: none;"> <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 郵送 </td> <td style="width: 10%; border: none; text-align: right;"> } で受け取ることを希望する </td> </tr> </table> <small>※希望差出人名義の個人名は、団体によって異なる場合があります。</small>	<input type="checkbox"/> はばたき福祉事業団 <input type="checkbox"/> ふれいす東京 <input type="checkbox"/> ジャンププラス	} からの情報を	<input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 郵送	} で受け取ることを希望する
<input type="checkbox"/> はばたき福祉事業団 <input type="checkbox"/> ふれいす東京 <input type="checkbox"/> ジャンププラス	} からの情報を	<input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 郵送	} で受け取ることを希望する		