

研修会等受講申込書

平成 年 月 日

北海道産業保健総合支援センターあて（FAX 011-242-7702）
次のとおり研修会等の受講を申し込みます。

1. 受講する研修会等に関する事項

研修番号	開催月日	研修名	備考

2. 申込者(受講者)に関する事項

該当する項目をご記入ください。□にはチェックを入れてください。

事業場名					
所在地	（ <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 個人）（〒 ）				
労働者数	男 名、女 名、計 名、（企業全体は約 名）				
TEL	（ <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 個人） （ ） -	FAX	（ <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 個人） （ ） -		
E-mail	（ <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 個人） @				
所属部署					<input type="checkbox"/> 産業医 <input type="checkbox"/> 医師（産業医以外） <input type="checkbox"/> 事業主 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 衛生管理者・推進者 <input type="checkbox"/> 労務・安全衛生担当者 <input type="checkbox"/> その他
職名					
フリガナ 氏名	（ <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女）				
北海道医師会 の所属	有 ・ 無	医籍登 録番号		産業医 認証番号	

※受け付けた方へは、開催日の約1週間前に「受講票」をファックスでお送りいたします。ファックス以外を希望される方は申込書の「備考」欄に希望事項をご記入ください。

締め切りは開催日の10日前ですが、先着順で受け付けますので、締め切り前でも定員に達した場合には、お断りすることがあります。また、都合により開催中止、日程変更、会場変更、講師変更となる場合がありますので、ご了承ください。

北海道産業保健総合支援センター 〒060-0001 札幌市中央区北1条西7丁目プレスト1・7ビル2階
TEL : 011-242-7701 FAX : 011-242-7702
E-mail : sanpo01@hokkaidos.johas.go.jp