

研修会等受講申込書

令和

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。

フリガナ 氏名					(□男 □女)
勤務先名					
TEL	(□ 職場 □ 個人) () -	FAX	(□ 職場 □ 個人) () -		
E-mail	(□ 職場 □ 個人)	@			
<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 <input type="checkbox"/> 衛生推進者 <input type="checkbox"/> 労務・衛生担当者 <input type="checkbox"/> 管理職 <input type="checkbox"/> 労働者 <input type="checkbox"/> その他					
北海道医師 会の所属	有 ・ 無	医籍登 録番号		産業医 認証番号	
所属都市医師会			備考		

○この研修テーマに関するご質問のある方は、次の欄にご記入ください。なお、お申込み期日によっては、研修会当日お答えできない場合がございますので、ご了承ください。

※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1 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