

受講申込書

宮城産業保健総合支援センターあて (FAX 022-267-4283)

〒980-6015
宮城県仙台市青葉区中央4丁目6-1
住友生命仙台中央ビル(SS30) 15階

※ 研修番号及び開催日は必ずご記入ください。
※ 申込者お一人につき一枚作成してください。(お申込みは何件でも可能です。)

勤務先 又は所属		業種			労働者数	名
		センターの 受講歴	<input type="checkbox"/> 初めて受講する <input type="checkbox"/> これまでに受講したことがある			
住所	〒 — □勤務地 □自宅	申込研修	研修番号	開催日	研修番号	開催日
				月 日		月 日
				月 日		月 日
				月 日		月 日
電話番号	— —		月 日		月 日	
FAX番号	— —		月 日		月 日	
(ふりがな)		職種	<input type="checkbox"/> 産業医・医師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 衛生管理者 <input type="checkbox"/> メンタルヘルス推進担当者 <input type="checkbox"/> 機会均等推進責任者 <input type="checkbox"/> 人事労務担当者 <input type="checkbox"/> 事業場責任者 <input type="checkbox"/> その他 ()			
受講者氏名						

受付開始 開催日の **前月1日9:30 から** 先着順にてお申込みを受け付けます。(1日が土・日・祝日の場合は直後の平日)

ご注意

- 会場、開始時間、受付開始日等は、研修により異なりますのでご注意ください。
- 会場の都合上、お申込みは原則として1事業場につき3名様までとさせていただきます。
- 営利を目的とした情報収集はご遠慮願います。