

産業医研修 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
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3か月分まとめて何件でも可能です。)

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			
診療科		役職・肩書				
住 所	<input type="checkbox"/> 勤務地 〒 — — <input type="checkbox"/> 自 宅					
電話番号	— —	申込研修	研修番号	開催日	研修番号	開催日
FAX番号	— —			月 日		月 日
(ふりがな)				月 日		月 日
受講者氏名				月 日		月 日

受付開始 令和2年3月2日(月)9:30 から先着順にてお申込みを受け付けます。

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。□

※受講申込書にご記入いただいた個人情報は、産業保健活動総合支援事業の目的以外は使用いたしません。