

産業保健研修受講申込書

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ビル 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1か月分まとめて何件でも可能です。)

勤務先		所属部署				
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 受付開始日の9:30～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。
 - ・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。また、会場内での撮影・録音は固くお断りします。□

※受講申込書にご記入いただいた個人情報、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。