

# 研修会等受講申込書

平成 年 月 日

北海道産業保健推進センターあて (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
	月 日		
	月 日		
	月 日		

## 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	(□職場 □個人) (〒 )				
労働者数	男 名、女 名、計 名、	(企業全体は約 名)			
TEL	(□ 職場 □ 個人) ( ) -	FAX	(□ 職場 □個人) ( ) -		
E-mail	(□ 職場 □ 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			(□男 □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。