

北海道産業保健推進センター ご利用登録票

該当する にチェックを入れ、必要事項をご記入ください

受付日（*当センターで記入します）

ご利用の主体は？ <input type="checkbox"/> 事業場として利用	<input type="checkbox"/> 個人として利用
---	----------------------------------

平成	年	月	日	
----	---	---	---	--

主にご利用になる方のお立場は？	<input type="checkbox"/> 産業医	<input type="checkbox"/> 保健師・看護師	<input type="checkbox"/> 衛生管理者・推進者	<input type="checkbox"/> 産業保健に関連するその他の職務
	<input type="checkbox"/> 事業主	<input type="checkbox"/> 従業員（個人）	<input type="checkbox"/> 労務担当者	<input type="checkbox"/> その他（ ）

事業場についてご記入ください（所属のない個人の方や、不都合な項目は省略して結構です）

事業場名	(ふりがな)		
所在地 連絡先等	〒		
	電話（ ） -	FAX（ ） -	
労働者数	・男 名、	・女 名、	・計 名（企業全体は約 名）
代表者の 職氏名	(ふりがな)		事業の種類 業種・概要

ご利用になる方についてご記入ください（個人利用者ご本人、または事業場で主に当センターを利用される方）

お名前	(ふりがな)		性別	生 年 月 日	
			男	年 月 日	
ご住所	〒				
ご連絡先	電話（ご自宅または職場の内線番号等）	（ ）	-		
	FAX（ご自宅または職場で直近のFAX）	（ ）	-		
	Eメール・アドレス（ 個人 職場 ）	@			

ご利用の主な目的など、 にチェックをお入れください

主なご利用目的 （複数回答可）	<input type="checkbox"/> ビデオ・図書等の閲覧・借出し	<input type="checkbox"/> 情報誌ほか資料の入手・ホームページ等情報の収集
	<input type="checkbox"/> 窓口相談(電話・FAX・Eメールを含む)・実地相談	<input type="checkbox"/> 研修・セミナー等の受講
	<input type="checkbox"/> 講師の派遣等の研修支援の依頼	<input type="checkbox"/> 助成金の問い合わせ・申請
	その他()	
当センターを知ったきっかけは？	<input type="checkbox"/> 医師会や会報等で	<input type="checkbox"/> 地域産業保健センターから
	<input type="checkbox"/> 労働基準協会や災害防止団体から	<input type="checkbox"/> 研修会・講演会で
	<input type="checkbox"/> 紹介（紹介者； ）	<input type="checkbox"/> その他()

《名刺貼り付け欄》

（差し支えなければ、お名刺をお願いいたします）

1. 事業場としてご利用の場合は、担当者の方の名刺をお願いいたします。
2. 個人としてご利用の場合は、ご本人の名刺をお願いいたします。

ビデオ・図書等の借出しで、主にご希望される方法の にチェックを入れてください

直接ご来所	宅配・郵送
-------	-------

所属 コード	(*当センターで記入します)
利用者 コード	(*当センターで記入します)

（コピーしてお使いください）