**産業保健セミナー受講申込書**

　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 研修希望日 | テ　ー　マ　名 |
| ① | 月　　　　日 |  |
| ② | 月　　　　日 |  |
| 事業場名又は病院名称等  |  | ふりがな氏　　名 |  |
| 所　在　地 | 〒 |
| 所属部課等 | 部 | 連絡先 | T E L　　　　（　　　　　） |
| F A X　　　　（　　　　　） |
| 課 |
| Eメール |
| 職種等 | ○印をして下さい産業医、医師(産業医以外)、看護職、衛生管理者、人事・労務担当者、事業主、従業員、その他（　　　　　　　　　　） |
| 質問事項 | 当日のセミナーに関する質問について、講師よりお答えします。※セミナーのテーマと異なる御質問についても受付けます。御記入いただいた連絡先に、別途回答いたします。 |

※お一人様につきひと月に2件までお申込みできます。（2022年2月～セミナーより適用）

**＜申込先＞**

**茨城産業保健総合支援センター**

**TEL：０２９－３００－１２２１**

**FAX：０２９－２２７－１３３５**

E-mail　mito@ibarakis.johas.go.jp

ホームページ　http://www.ibarakis.johas.go.jp

（2022．1改訂）