

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	TEL ()
	課		FAX ()
			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)