**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）

※**ＦＡＸでの受講票、及びお知らせＦＡＸの送信は終了いたしました。  
セミナーが満席等、受付不可の場合のみ、メールかお電話でご連絡します。**

**連絡が取れない場合は受付を無効とさせていただきます。（2024年7月より適用）**

**＜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

（2024．7改訂）