

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)

※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)