▶ 申込書に必要事項を記入の上FAXでお申し込みください。

▶ 開催日時・会場等が変更になる場合がありますので、開催直前にホームページでご確認ください。

▶ 申込書１枚につき１名でお申し込みください。参加費は無料です。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 研修会種別 | ※ 該当する研修会に○印をお願いします  1．産業医研修会　 2．衛生管理者等研修会　 3．その他の研修会 | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ  受講者氏名 |  | | |
| 事業場・医療機関名 |  | | |
| 事業場・医療機関所在地 |  | | |
| 電話番号 |  | | |
| FAX番号 |  | | |
| 職種・担当業務 | ※ いずれかに○印をお願いします。 | | |
| 1．産業医 | 2．保健師・看護師 | 3．事業主 |
| 4．労務管理者 | 5．衛生管理者 | 6．労働者 |
| 7．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 所属医師会（※医師の方のみご記入ください） | |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 講座No. | 開催日 | 講　座　名 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

※ ご記入の個人情報は研修申込み以外に使用することはありません。

送付先　　福井産業保健総合支援センター

　　　　　〒910-0006　福井市中央１-３-１　加藤ビル７階

　　　　　TEL：0776-27-6395　　FAX：0776-27-6397