▶▶▶▶▶ FAX：0776-27-6397

研修会受講申込書

- 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）	

受講希望講座

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