

# 受講申込書

年 月 日

所属事業場・団体等	名称					受講票の送付方法 ( <input checked="" type="checkbox"/> チェック)
	所在地	〒 —				<input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> メール
	連絡先	TEL	—	—	FAX	—
		メールアドレス				
受講者	フリガナ					名
	氏名					
① 医師・産業医 ③ 衛生管理者 ⑤ 事業主 ⑦ 労務管理担当者等 ② 保健師・看護職 ④ 衛生推進者等 ⑥ 労働者 ⑧ その他 ( )						

種別 (○をつける)	回数	開催日	テーマ
産医 基礎 心 特定	第 回	年 月 日	
産医 基礎 心 特定	第 回	年 月 日	
産医 基礎 心 特定	第 回	年 月 日	
産医 基礎 心 特定	第 回	年 月 日	
産医 基礎 心 特定	第 回	年 月 日	
産医 基礎 心 特定	第 回	年 月 日	
産医 基礎 心 特定	第 回	年 月 日	

## 参照

産医：産業医研修  
 心：職場の「心の健康づくり」のためのカウンセリング研修  
 基礎：衛生管理者・産業看護職・事業主等研修Ⅰ《基礎講座》  
 特定：衛生管理者・産業看護職・事業主等研修Ⅱ《特定テーマコース》

※一枚の申込書で、複数名の申込みはできません。  
 お一人様、何回でもお申込みできます。  
 申込書は開催日の1週間前までに提出してください。  
 ※受付は先着順です。  
 定員を超えた場合は電話等により連絡いたします。  
 ※受講票の送付方法を必ず選んでください。

※申込みは、本用紙によるFAX、または、当センターのホームページからメールでお願いします。  
 申込みの行き違いを防止するため、TELによる受付は行っておりませんのでご了承ください。

# FAX送付先 097-573-8074

独立行政法人 労働者健康安全機構 大分産業保健総合支援センター

お問合せは、TEL：097-573-8070 または、ホームページからメールで！