研修受講申込書　　　　　　　　　　　　　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 職種 | ☐医師・産業医　☐保健師・看護職　☐衛生管理者　☐衛生推進者等  ☐労務管理担当者　☐労働者　☐事業主　☐その他 |
| 連絡先　電　話 |  |
| 連絡先　ＦＡＸ |  |
| 連絡先　メール |  |
| 受講票の送付方法 | ☐ ＦＡＸ　　 　☐ メール　　　　どちらかを指定してください |
| 事業所名 |  |
| 事業所所在地 | 〒 |
|  | ※申込書は一人ごとに記入してください。複数人申し込む際も、お手数ですが一人ずつ申込書に記入してください。 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 希望する研修種別（✓をつけてください） | 研修番号 | 研修日 |
| □ 産　業　医　研　修  □ 衛生管理者等研修１　基礎コース  □ 衛生管理者等研修２　特定テーマコース |  | 年　　　月　　　日 |
| □ 産　業　医　研　修  □ 衛生管理者等研修１　基礎コース  □ 衛生管理者等研修２　特定テーマコース |  | 年　　　月　　　日 |
| □ 産　業　医　研　修  □ 衛生管理者等研修１　基礎コース  □ 衛生管理者等研修２　特定テーマコース |  | 年　　　月　　　日 |
| □ 産　業　医　研　修  □ 衛生管理者等研修１　基礎コース  □ 衛生管理者等研修２　特定テーマコース |  | 年　　　月　　　日 |
| □ 産　業　医　研　修  □ 衛生管理者等研修１　基礎コース  □ 衛生管理者等研修２　特定テーマコース |  | 年　　　月　　　日 |
| □ 産　業　医　研　修  □ 衛生管理者等研修１　基礎コース  □ 衛生管理者等研修２　特定テーマコース |  | 年　　　月　　　日 |

**受講無料**

下記のいずれかでお申し込みください

![QR コード

自動的に生成された説明]()

ＦＡＸ 097-573-8074 メール info@oitas.johas.go.jp

ウェブフォーム https://oitas.johas.go.jp/study-form/