

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
<input type="checkbox"/> 産業医研修		
<input type="checkbox"/> 衛生管理者等研修1 基礎コース		年 月 日
<input type="checkbox"/> 衛生管理者等研修2 特定テーマコース		
<input type="checkbox"/> 産業医研修		
<input type="checkbox"/> 衛生管理者等研修1 基礎コース		年 月 日
<input type="checkbox"/> 衛生管理者等研修2 特定テーマコース		
<input type="checkbox"/> 産業医研修		
<input type="checkbox"/> 衛生管理者等研修1 基礎コース		年 月 日
<input type="checkbox"/> 衛生管理者等研修2 特定テーマコース		
<input type="checkbox"/> 産業医研修		
<input type="checkbox"/> 衛生管理者等研修1 基礎コース		年 月 日
<input type="checkbox"/> 衛生管理者等研修2 特定テーマコース		
<input type="checkbox"/> 産業医研修		
<input type="checkbox"/> 衛生管理者等研修1 基礎コース		年 月 日
<input type="checkbox"/> 衛生管理者等研修2 特定テーマコース		

**受講無料** 下記のいずれかでお申し込みください

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/>

