ＦＡＸ：093-691-7485
Eメール：s-shomu@mbox.pub.uoeh-u.ac.jp

申込日：平成　　年　　月　　日

# 産業医学実務講座　受講申込書

| | | | |
|---|---|---|---|
| フリガナ | | | 生年月日 |
| 氏 名 | | | 昭和 ・ 平成<br>年　　月　　日 |
| 日中連絡可能な電話番号<br>（学内者は内線・PHS） | | | 産業医学実務講座　受講歴 |
| Eメール<br>アドレス | | | □ あり　□ なし<br>平成　　年度 |
| 受講証明書 | □ 必要（ □ 日本医師会提出用　□ その他 ） | | □ 不要 |

当てはまる番号に一つだけ〇を付け、該当する太枠内にご記入ください

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 学内の方 | 1 | 本学教職員 | 所属講座 | 指導教授印<br>※本学大学院生のみ |
| | 2 | 本学非常勤職員 | 内線 | |
| | 3 | 本学大学院生<br>※指導教授印が必要です | （証明書の郵送を希望される場合は、下記「書類送付先」もご記入ください） | |
| 学外の方 | 4 | 産業医・医師 | □ 本学卒業（卒業年度：昭和・平成　　年度）　□ 他学卒業 | |
| | 5 | 産業看護職 | 勤務先 | |
| | 6 | 産業保健従事者<br>（作業環境測定士<br>臨床検査技師 等） | 書類送付先　□ 自宅　□ 勤務先<br>〒 | TEL<br>FAX |
| | 7 | その他<br>（　　） | 領収書　□ 必要　□ 不要 | |

**受講希望科目**　記入欄が足りない場合は、コピーしてご記入ください

| 受講日時 | 科目名 |
|---|---|
| 月　　日（　　）　　限 | |
| 月　　日（　　）　　限 | |
| 月　　日（　　）　　限 | |
| 月　　日（　　）　　限 | |
| 月　　日（　　）　　限 | |
| 月　　日（　　）　　限 | |
| 月　　日（　　）　　限 | |
| 月　　日（　　）　　限 | |
| 月　　日（　　）　　限 | |
| 月　　日（　　）　　限 | |