

**記入例
(学内の方)**

産業医学実務講座 受講申込書

フリガナ	サンギョウ タロウ	生年月日	昭和・平成 60年 1月 1日
氏名	産業太郎	産業医学実務講座 受講歴	<input checked="" type="checkbox"/> あり (平成30)年度 <input type="checkbox"/> なし
日中連絡可能な電話番号 (学内者は内線・PHS)	1234	受講証明書	<input checked="" type="checkbox"/> 必要 (<input checked="" type="checkbox"/> 日本医師会提出用 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 不要
Eメール アドレス	sangyotaro@xxxxxxx.co.jp		

当てはまる番号に一つだけ○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	教職員番号	555555	指導教授印 ※本学大学院生のみ
	2 本学非常勤職員	所属講座	証明書の郵送を希望される場合は、下欄「*書類送付先」もご記入ください	
	3 本学大学院生 ※指導教授印が必要です	産業医実務研修センター		
学外の方	4 産業医・医師	<input type="checkbox"/> 本学卒業 (卒業年度: 昭和・平成 年度) <input type="checkbox"/> 他学卒業		
	5 産業看護職	勤務先	郵送希望の場合は郵送先をご記入ください	
	6 産業保健従事者 (作業環境測定士 臨床検査技師 等)	* 書類送付先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 勤務先 TEL FAX	
	7 その他	〒807-8555 北九州市八幡西区医生ヶ丘123-1 サンギョウクリニック		
	領収書	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 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
7月 4日(木) 1限	呼吸用保護具の適正使用(1)
7月 4日(木) 2限	メンタルヘルス事例検討(1)
7月 4日(木) 3-4限	企業経営と産業保健(1)
月 日() 限	
月 日() 限	
月 日() 限	
月 日() 限	
月 日() 限	
月 日() 限	
月 日() 限	

日時・科目は「月別時間割」でご確認ください