

記入例
(学外の方)

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		
日中連絡可能な電話番号 (学内者は内線・PHS)	090-1234-1234	産業医学実務講座 受講歴	
Eメール アドレス	sangyotaro@xxxxxxx.co.jp	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (平成30)年度	
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		

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	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			

学外の方	<input checked="" type="checkbox"/> 4 産業医・医師	<input checked="" type="checkbox"/> 本学卒業 (卒業年度: 昭和・平成 22 年度) <input type="checkbox"/> 他学卒業	
	5 産業看護職	勤務先	サンギョウクリニック
	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 093-123-4567 〒807-8555 FAX 093-123-7654 北九州市八幡西区医生ヶ丘123-4
	7 その他	領収書	<input checked="" 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