

産業医学実務講座 受講申込書

記入例
(学内の方)

| | | |
|-----------------------------|--|--|
| フリガナ | サンギョウ タロウ | 生年月日 |
| 氏名 | 産業太郎 | 昭和・平成 60年 1月 1日 |
| 日中連絡可能な電話番号 (学内者は内線・PHS) | 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 type="checkbox"/> 必要 (<input 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 | 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 | | |
| | 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 | | |
| | 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 type="checkbox"/> 勤務先 | TEL |
| | 7 その他 | | | FAX |
| | | 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 |
|---------------|----------------|
| 1月 4日(木) 1限 | 呼吸用保護具の適正使用(1) |
| 1月 4日(木) 2限 | メンタルヘルス事例検討(1) |
| 1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 | |