

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 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (平成 30) 年度
Eメール アドレス	sangyotaro@xxxxxxx.co.jp	
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	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 <small>※指導教授印が必要です</small>	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 checked="" type="checkbox"/> 勤務先	TEL
	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		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
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	

日時・科目は「月別時間割」でご確認ください