

衛生工学衛生管理者講習（産業医科大学）受講申請書

開催日	令和〇年〇月〇日（月）～〇月〇日（金）			※ No.
ふりがな		性別		
氏 名			生年月日	
現住所	〒			
	T E L		携帯	
	メール			
勤務先名 所在地	勤務先 所属部課			
	〒			担当者
	T E L		F A X	
受講票送付先	種別	〒		
	その他の送付先			
受講資格要件	1～8の該当する受講資格の番号の前に○印を付してください。 なお、複数の資格所有者は 全ての資格に○印を付してください。	1. 学校教育法による大学、高等専門学校で工学又は理学に関する課程を修めて修了した者 2. 大学評価・学位授与機関により学士（工学又は理学）の学位を授与された者 3. 第1種衛生管理者免許試験に合格した者（平成元年9月以前の衛生管理者免許試験を含む。 なお、医師・保健師・薬剤師の資格による免許取得者は対象外） 4. 学校教育法による大学において保健衛生に関する学科を専攻して卒業した者であって、 労働衛生に関する科目を修めた者（医学部卒は該当しません） 5. 労働衛生コンサルタント試験（保健衛生）に合格した者 6. 労働衛生サンサルタント試験（労働衛生工学）に合格した者 7. 作業環境測定士となる資格を有する者 8. 産業医科大学産業保健学部環境マネジメント学科及び産業衛生科学科を卒業した者		
		※ 照合		
卒業・免許取得等の年月日 （上記資格の1, 2及び4, 8の場合は 学校名、学部、学科名を併記）		卒業・免許取得年月日 （学校名他）		
産業医科大学長 殿 申請者（受講者）氏名				

注） ※ 印欄は記入しないでください。
ご記入いただいた個人情報につきましては、本学が責任を持って保管し、本講習の的確な実施（連絡、運営、指定労働局への報告、後日の問合せ対応等）のみに利用させていただきます。

----- 受講当日、受講票を切り取ってお持ちください -----

衛生工学衛生管理者講習 受講票

受講番号	※ No.				
ふりがな					
受講者氏名					
生年月日					
受講年月日		※ 令和〇年〇月〇日（月）～〇月〇日（金）			
受講確認 係員印	※ 第1日目	※ 第2日目	※ 第3日目	※ 第4日目	※ 第5日目

裏面に氏名を記載の上、
写真貼付

縦 30mm

横 24mm

（注意事項）本票は講習当日に持参し、受付に提出してください。 ※欄は記入しないでください。