

研修会 受講申込書

青森産業保健総合支援センター御中

令和 年 月 日

事業場名		業種	
所在地	〒		
フリガナ			
受講者氏名			
連絡先	TEL		メールアドレス
	FAX		
職種	※研修会のご案内などに利用させていただきます。 <input type="checkbox"/> 産業医 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 衛生管理者・推進者 <input type="checkbox"/> 人事労務担当者 <input type="checkbox"/> 事業主 <input type="checkbox"/> その他 ()		

開催日	研修テーマ

[お申込みにあたり]

- 都合により開催日時、会場、テーマ等を変更する場合がありますので、事前にホームページ等でご確認ください。
- 締切日前でも定員に達した場合は、受付を締め切ることがありますのでご了承ください。
- 本案内以外に開催する研修会につきましては、決まり次第、当センターのホームページでご案内いたします。
- ご記入いただきました個人情報については、当センターが提供する産業保健サービス以外での使用はいたしません。

<お申込み先>

FAX:017-731-3660

〒030-0862 青森市古川2-20-3 朝日生命青森ビル8階
独立行政法人 労働者健康安全機構
青森産業保健総合支援センター□
TEL 017-731-3661 FAX 017-731-3660□
ホームページ: <https://www.aomoris.johas.go.jp/>
Eメール: sanpo02@aomoris.johas.go.jp

※産業保健総合支援センター処理欄

受付印

