

研修会申込書

山形産業保健総合支援センター

送信先 FAX 番号：０２３－６２４－５２５０

研 修 日	年 月 日
研 修 名	

※の付いた項目は必須項目となります。

※フ リ ガ ナ	
※受 講 者 氏 名	
※事 業 場 ・ 団 体 名	
※事 業 所 所 在 地	〒
※職 種 （ 一 択 ）	☐ 産業医 ☐ 保健師・看護師 ☐ 事業主 ☐ 労務担当者 ☐ 衛生管理者 ☐ 産業保健関係機関 ☐ 労働者 ☐ その他
所属医師会 （産業医のみ）	☐ 山形市 ☐ 天童市東村山郡 ☐ 寒河江市西村山郡 ☐ 上山市 ☐ 北村山地区 ☐ 新庄市最上郡 ☐ 酒田地区 ☐ 鶴岡地区 ☐ 南陽市東置賜郡 ☐ 長井市西置賜郡 ☐ 米沢市 ☐ 山形大学 ☐ 県外医師会 ☐ 所属なし
※電 話 番 号	- -
※F A X 番 号	- -
メ ー ル ア ド レ ス WEB の研修会へのお申込み の方は必ずご記入ください。	
※メールマガジンの配信	☐ 登録済 ☐ 希望する ☐ 希望しない
メールマガジンを新規ご希望の方は、こちらにメールアドレスをご記入下さい。	
研修会に関するご質問等ございましたらこちらに遠慮なくご記入ください。 （上記以外でもご質問・ご相談等ございましたらご記入ください。）	

- ・申込みを受付後、集会形式の研修会については当センターより受講票をお送りします。WEBの研修会については、後日招待メールをお送りします。
- ・有料駐車場につきましては、各自ご負担いただきますようお願いいたします。
- ・ご記入いただいた個人情報は、研修会の受付・案内等に使用し、それ以外の目的に使用することはありません。