

※ 必要事項をご記入の上、当センター（0952-41-1887）までFAX送信してください

佐賀産業保健総合支援センター 宛

申込年月日 令和 年 月 日

令和5年度 産業保健研修会申込書

- ・ 希望する研修会の研修番号及び開催日をご記入ください
- ・ 本申込書ではWEB研修のお申込みはできません
- ・ 研修会は開催日の前月からお申込みいただけます（例：7月25日開催であれば、6月からお申込み可）

研修番号	開催日
	/
	/
	/
	/
	/

(ふりがな) 勤務先	
所在地	
(ふりがな) 受講者名	
電話 FAX E-mail	
職種に○を お願いします	医師・産業医 保健師・看護師 衛生管理者等 人事・労務担当者 事業主 労働者 その他（上記以外）

毎月無料で最新の産業保健情報等を掲載したメールマガジンを配信しております。上記アドレスに配信してよろしいですか？下記□にチェックをお願いします。

希望する 既に受信 希望しない

※ ご記入いただいた情報は、本研修会における参加者名簿作成のためだけに使用いたします

佐賀産業保健総合支援センター

〒840-0816 佐賀市駅南本町6-4 佐賀中央第一生命ビル4階

TEL 0952-41-1888

FAX 0952-41-1887

(R5.3)