

※ 必要事項をご記入の上、当センターまで送信して下さい。

佐賀産業保健総合支援センター 宛

◎FAX 0952-41-1887

申込年月日 平成 年 月 日

研 修 会 申 込 書

研修会 番号 (開催日)	◎〈H30年度 産業保健研修会〉 ※該当する研修会番号に○をつけて下さい。(複数選択可) 39 40 41 43 44 45
(ふりがな) 勤 務 先	
所 在 地	〒
(ふりがな) 受 講 者 名	
電 話	() -
F A X	() -
e-mail	
職種に○を お願いします	事業主 人事・労務担当者 衛生管理者等 産業医 医師 保健師 看護師 労働者(上記以外) 他()

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

※上記にご記入頂いた情報は、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。

申込先: 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



(H30.12)