

※ 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

## 研修申込書

研修会 番号 (開催日)	◎ <u>30年度〈産業医研修〉</u>
	※該当する研修会番号に○をつけて下さい。(複数選択可)
	14(8/21伊万里) 15(8/28 武雄) 16(10/6 唐津)
	※14-15については同一内容の研修となっています。 単位の付与については、研修日毎となります。
(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	産業医 一般医師 保健師 看護師 精神保健福祉士 その他

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

※本研修会は「認定産業医」を対象とした日医師涯教育制度認定講座です。未認定医等、認定産業医以外の参加者については、日医認定産業医制度認定単位を取得できませんので、予めご了承下さい。

※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



(H30.8)