

令和3年度産業保健研修会(10月～3月分)申込票

三重産業保健総合支援センターあて【FAX、郵送等での申込用】

- 当申込票で申込みをされた方には、当センターで受理した旨を6のFAXに返信いたしますのでご確認をお願いします。
- 当センターからの問い合わせ等は、5のTELに連絡をさせていただきます。なお、急遽、研修会の中止や時間の変更等の緊急連絡については、7の緊急連絡先電話番号に連絡をさせていただきますので、確実に連絡が取れる番号をお願いします。
- 記入いただきました個人情報、当センターが責任をもって管理し、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。

(フリガナ)

1 受講者氏名: _____ 2 申込日: _____ 月 _____ 日

3 事業場名/部署: _____ / _____

4 事業場所在地: 〒 _____

5 TEL: _____ 6 FAX: _____

7 緊急連絡先電話番号: _____

8 職 種 : 該当するもの全て○をご記入ください。

産業医 医師 保健師 看護師 衛生管理者 安全管理者 安全(衛生)推進者
人事・労務担当者 事業主 労働者 その他()

- 「産業医向け研修会」の申込数は、原則、お1人様1ヶ月間に1研修までとさせていただきます。
なお、「産業保健スタッフ向け研修会」には申込数の制限はありません。
- 申込み受付開始日は、研修会開催日の属する月の初日の2ヶ月前の開館日とします。
- 新型コロナウイルス感染予防対策の観点から当面の間は、県内に在住又は在勤されている方のみとさせていただきます。

FAX 送信先

FAX番号 059-213-0712

郵便送付

〒514-0003 津市桜橋二丁目191番4 三重産業保健総合支援センター

下欄に記入した「産業保健研修会」に参加申込みをします。

●産業医向け研修会

研修日時	研修会テーマ	産業医単位取得の希望 (産業医学手帳の提出)
月 日 時 分～ 時 分		有 ・ 無

「三重産保メルマガ」登録者で特典利用の際は、パスワードを記入してください。メルマガ()月号 パスワード()

●産業保健スタッフ向け研修会

研修日時	研修会テーマ
月 日 時 分～ 時 分	
月 日 時 分～ 時 分	

※申込みいただきました研修会に関する事前相談・質問事項等がある場合は、ご記入ください。

--