衛生管理者・産業看護職・事業主等研修　受講申込書　　　　　　　月　　　日　※印は必須項目

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 職種 | ☐医師・産業医　　☐保健師・看護職　　☐衛生管理者☐衛生推進者等　　☐労務管理担当者　　☐労働者☐事業主　　　　　☐その他 |
| 連絡先　電　話**※** |  |
| 連絡先　ＦＡＸ**※** |  |
| 連絡先　メール**※** |  |
| 受講票の送付方法**※** | ☐ ＦＡＸ　　 　☐ メール |
| 事業所名 |  |
| 事業所所在地 | 〒 |
| 労働者数 |  |

**受講希望日の☐枠を黒く塗りつぶしてください**

**○****衛生管理者・産業看護職・事業主等研修１(基礎コース)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 番号 | 月日 | 曜日 |  |  | 番号 | 月日 | 曜日 |
| □ | 1 | 5/19 | 金 |  | □ | 6 | 10/4 | 水 |
| □ | 2 | 6/14 | 水 |  | □ | 7 | 11/16 | 木 |
| □ | 3 | 7/26 | 水 |  | □ | 8 | 12/27 | 水 |
| □ | 4 | 8/25 | 金 |  | □ | 9 | 1/16 | 火 |
| □ | 5 | 9/27 | 水 |  | □ | 10 | 2/9 | 金 |

**○衛生管理者・産業看護職・事業主等研修２(特定テーマコース)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 番号 | 月日 | 曜日 |  |  | 番号 | 月日 | 曜日 |
| □ | 1 | 5/25 | 木 |  | □ | １０ | 9/13 | 水 |
| □ | 2 | 6/9 | 金 |  | □ | 1１ | 10/17 | 火 |
| □ | 3 | 6/20 | 火 |  | □ | 1２ | 10/24 | 火 |
| □ | 4 | 6/29 | 木 |  | □ | 1３ | 11/10 | 金 |
| □ | 5 | 7/１０ | 月 |  | □ | 1４ | 11/21 | 火 |
| □ | 6 | 7/21 | 金 |  | □ | 1５ | 12/12 | 火 |
| □ | 7 | 8/8 | 火 |  | □ | 1６ | 1/26 | 金 |
| □ | 8 | 8/17 | 木 |  | □ | 1７ | 2/21 | 水 |
| □ | ９ | 9/5 | 火 |  | □ | 18 | 3/5 | 火 |



申込先 ＦＡＸ ０９７-５７３－８０７４ メール info@oitas.johas.go.jp

ウェブフォーム https://oitas.johas.go.jp/study-form/