研修受講申込書

※複数人申し込む場合でも、申込書はお一人ごとに記入してください。それぞれの方へ受講票をお送りします。

月　　日

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

受講票送付先　※**原則、メールをご指定ください**。
※手書きの場合は、数字・アルファベット・記号の区別がつくようにご記入ください。

□ メール

□ ＦＡＸ

事業所名

所在地（市町村のみ）
□ 市
□ 町
□ 村

●お申し込み先　**原則 Web フォームかメール**でのお申込みをお願いします
Web フォーム　https://oitas.johas.go.jp/study-form/
メール　info@oitas.johas.go.jp　　ＦＡＸ　097-573-8074

希望する研修種別（✓をつけてください）	研修番号	研修日
衛生管理者等研修　□１基礎コース　□２特定テーマコース 積極的傾聴のグループワーク　□１昼の部　□２夜の部		年　月　日
衛生管理者等研修　□１基礎コース　□２特定テーマコース 積極的傾聴のグループワーク　□１昼の部　□２夜の部		年　月　日
衛生管理者等研修　□１基礎コース　□２特定テーマコース 積極的傾聴のグループワーク　□１昼の部　□２夜の部		年　月　日
衛生管理者等研修　□１基礎コース　□２特定テーマコース 積極的傾聴のグループワーク　□１昼の部　□２夜の部		年　月　日
衛生管理者等研修　□１基礎コース　□２特定テーマコース 積極的傾聴のグループワーク　□１昼の部　□２夜の部		年　月　日
衛生管理者等研修　□１基礎コース　□２特定テーマコース 積極的傾聴のグループワーク　□１昼の部　□２夜の部		年　月　日
衛生管理者等研修　□１基礎コース　□２特定テーマコース 積極的傾聴のグループワーク　□１昼の部　□２夜の部		年　月　日