

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 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 []

1

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

所在地 (市町村のみ)

事業所名

□ 市町村

●お申し込みは原則 Web フォームかメール（申込書添付）でお願いします

Web フォーム https://oitas.johas.go.jp/kiso_tkutei_keicyou-form/

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

