

# 実務向上研修 参加申込書

## (聴講・認定産業医用)

中災防記入欄

コース名 開催日・会場	第 回 A・B・C・D・Eコース 令和 年 月 日( ) 会場		
※該当するコースに○をご記入の上、1コース1枚の申込書をご提出ください。			
参 加 者	フリガナ	年代について (レ)をご記入ください。	
	氏 名	□20代 □30代 □40代 □50代 □60代以上	
		THP指導者登録番号 または THP専門研修修了証番号	
	フリガナ	フリガナ	
	事業場	所属部課	
	所在地	□勤務先 □自宅(自宅に(レ)を記入の方は上記事業場欄の記入は不要です。) 〒 -	
日中連絡先	TEL ( ) / FAX ( )		
日本医師会 認定番号	平日の日中に連絡がとれる連絡先をご記入ください。 □勤務先(勤務先名 ) □自宅 □携帯 TEL ( )		
	日本医師会認定産業医 生涯研修会 認定シールが必要な場合は、下記にご記入ください。 ●産業医認定番号 ●所属医師会		

★以下については、法人でのお申込みの場合のみご記入ください。

連 絡 担 当 者	フリガナ	中災防会員について (レ)をご記入ください。	
	氏 名	(参加者と同じ場合は記入不要)	
	フリガナ	□非会員(一般事業場・個人) □中災防賛助会員(会員番号下6桁をご記入ください。)	
	事業場 所属部課	事業場規模について (レ)をご記入ください。 □50人未満 □50~99人 □100~299人 □300人以上	
所在地	〒 -		
※受講票はこちらへ送付します	TEL ( ) / FAX ( ) ※受講票送付先名称・所在地が、お届けの賛助会員名称・所在地と一致しない場合、賛助会員料金の適用はできません。		

- 参加費について (レ)をご記入ください。(振込手数料はご負担をお願いします。)  
□銀行振込 □郵便振替 / 参加費支払い予定日: 月 日
  - 請求書について (レ)をご記入ください。  
□希望しない □希望する(請求書宛名: )※請求書は連絡担当者様宛てに発送します。
- ※銀行発行の振込金受領書をもって領収書に代えさせていただきます。  
なお、別途領収書が必要な方は、各申込先までご連絡ください。

### 通 信 欄

- 申込書到着後、FAXまたは郵便で「正式受付のご連絡」をお送りいたします。  
「正式受付のご連絡」では、受付番号・参加費・参加費入金先(振込先)・入金期限等をお知らせいたします。
- 参加費は、原則として研修開催日2週間前までにお振込みください。
- 参加取消の場合は必ず FAXにてご連絡ください。参加費お振込の有無に関わらず、研修開催日を含め7日前~前日までは参加費の30%・開催日当日以降は参加費全額をキャンセル料として申し受けますのでご了承ください。なお、返金の振込手数料はご負担願います。
- 開催後のご返金は如何なる場合でもお断りしておりますので、ご了承ください。

★下記の業種分類表から業種をお選びいただき、○印をおつけください。

記号	業種分類	記号	業種分類	記号	業種分類	記号	業種分類
A	農林漁業	F	製造業(化学・石油・ゴム)	K	運輸・通信業	P	洗濯・理美容・浴場
B	鉱業	G	製造業(鉄鋼)	L	卸・小売業・飲食店・宿泊業	Q	廃棄物処理
C	建設業	H	製造業(非鉄金属・金属製品等)	M	金融・保険	R	自動車整備、機械等修理
D	製造業(食料品等)	I	製造業(機械関連)	N	医療・福祉	S	その他のサービス業(建物サービス、警備、派遣等)
E	製造業(繊維・衣服等)	J	電気・ガス・熱供給・水道業	O	教育・学習支援	T	他のサービス業

### 【個人情報について】

ご記入いただいた個人情報につきましては、当協会が責任をもって管理し、申込みいただいたサービスの的確な提供のために使用するほか、当協会が行なう各種セミナー、出版する図書、コンクールへの応募勧奨、アンケートのご案内、その他公益的な観点からの情報の提供等に利用することがあります。個人情報の二次利用に同意されない場合は□にチェックマークをご記入ください。

同意しない□