



# 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コース 平成 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。		
フリガナ		●年代について (し)をご記入ください。 □10代 □20代 □30代 □40代 □50代 □60代以上
参加者	男・女	
フリガナ		フリガナ
事業場名 (病院名)		所属部課
所在地	□勤務先 □自宅 (自宅に(し)を記入の方は上記事業場欄の記入は不要です。日中に連絡がとれる電話番号をご記入ください。) 〒 - TEL ( ) / FAX ( )	

フリガナ		●中災防会員について (し)をご記入ください。 □非会員 (一般事業場・個人) □中災防賛助会員 (下欄に会員番号をご記入ください)
連絡担当者	(参加者と同じ場合は不要)	
フリガナ		
事業場 所属部課	(受講票送付先が自宅の場合は不要)	業種記号※1
受講票送付先	□勤務先 □自宅 〒 - 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	●事業場規模について (し)をご記入ください。 □50人未満 □50~99人 □100~299人 □300人以上
日中連絡先	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 □自宅 □携帯 TEL ( )	●参加費について (し)をご記入ください。 (振込手数料はご負担をお願いします。) 月 日 □銀行振込 □その他 ( ) ●請求書について (し)をご記入ください。 □希望する (宛名: ) □希望しない ※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。
産業医認定 番号		所属医師会名
●申込書到着後、FAX か郵便で「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・入金期限・不備書類等のお知らせをいたします。 ●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。		通 信 欄

※1 業種記号欄には、下記の業種分類記号をご記入ください。

2015.2 HP

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□**