

日本医師会認定産業医研修会 第15回じん肺診断技術研修 受講申込書

【主催】 独立行政法人労働者健康安全機構

【後援】 一般社団法人日本職業・災害医学会

申込日	令和 年 月 日
受講者氏名	ふりがな 男 ・ 女
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日
勤務先	名称
	〒 ー
	住所
	TEL
	FAX
	役職
	医師免許
連絡先	メールアドレス
	携帯電話番号

※上記項目すべてに記載の上、令和4年12月27日(火)までに下記アドレス宛てメールの件名を「じん肺研修申込、氏名(〇〇 〇〇)」とし、当該ファイルのデータを添付して送信してください。(メール件名の例 : 『じん肺研修申込 労健太郎』)

※定員に達しましたら、申込受付を終了させていただきます。

独立行政法人労働者健康安全機構
勤労者医療・産業保健部勤労者医療課
じん肺診断技術研修担当者 宛て

メールアドレス kenkyu@honbu.johas.go.jp

TEL 044-431-8641