

新潟産業保健研究会 第33回研修会 2024.6.29(土)参加申込用紙

【以下、下線部に必要事項を、該当する□に✓をご記入ください。】

フリガナ 氏名 _____ 勤務先 (所属) _____	1 新潟産業保健研究会の会員区分 (研修会参加費) <input type="checkbox"/> 会員である(1,000円) <input type="checkbox"/> 会員でないので今回入会する(1,000円) <input type="checkbox"/> 会員ではない。今回入会しない(2,000円)
案内送付先住所 〒 _____	2 参加希望講演 <input type="checkbox"/> 講演Ⅰ: 「コロナ後遺症の真実～産業保健の果たすべき役割」 <input type="checkbox"/> 講演Ⅱ: 「医療分野にも活用可能な国際規格に基づく機械安全の考え方」
電話 _____ FAX _____	3 単位取得費 (1)日医認定産業医生涯研修 <input type="checkbox"/> 講演Ⅰ (生涯/専門2単位) : 1,000円 <input type="checkbox"/> 講演Ⅱ (生涯/実地2単位) : 1,000円 (2)日本産業衛生学会産業保健看護専門家制度研修 <input type="checkbox"/> 講演Ⅰ・Ⅱ共通 : 1,000円 (3)単位取得希望なし <input type="checkbox"/> 講演Ⅰ・Ⅱ共通 : 無料
職種 (主たる職種に✓を入れてください) <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 産業カウンセラー <input type="checkbox"/> 作業環境測定士 <input type="checkbox"/> 労働安全衛生コンサルタント <input type="checkbox"/> 事業者 <input type="checkbox"/> 安全・衛生管理者 <input type="checkbox"/> 総務・人事担当者 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	4 支払金額(研修会当日に受付で納入ください。) 1の金額 3の金額 支払金額 円 + 円 = 円
備考	

次回研修会「テーマ」応募票

①テーマ

②提案理由

③申込者 (氏名・所属・連絡先)

申込先 FAX : 025-227-4412

(新潟産業保健研究会事務局)