

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 | 昭和 ・ 平成 年 月 日 |
| | 番号 |
| 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