必要事項をご記入のうえ、メールでお申し込みください。
（申込開始 11月 1日（水）9時から）

地方公共団体用

令和５年度産業医研修会受講申込書

令和　　年　　月　　日

一般財団法人　地方公務員安全衛生推進協会　研修課　あて

［E-mail］sangyoui@jalsha.or.jp　　**※申込受付完了の返信メールは送信しません。**

ふりがな 氏名	年齢
地方公共団体名	
所　属	**職名**
勤務先住所　（〒　　）	電話
座席は指定させていただきます。 前方席ご希望の方は右の（　）に○印をお付けください。	（　　）　**前方席希望**

※本研修会は日本医師会認定産業医制度に基づく研修であることから、研修会修了者について日本医師会への報告が義務付けられています。また、基礎研修と生涯研修受講者には単位シールを当日配付しますので、必ず下記の太線内を記入のうえ申し込んでください。

所属地区医師会名	□加入している（医師会名　　） □加入していない
取得希望単位 （いずれかを選択）	□基礎研修（後期研修） □生涯研修（専門研修） □日本医師会認定産業医単位シールを希望しない
日本医師会認定産業医番号 **（生涯研修単位取得希望者は必ず記入）**	
産業医としての選任の有無	□選任されている（これから選任される予定） □選任されていない
（選任されている方のみ） 管轄している事業場	□本庁 □出先機関（具体的に　　）

地方公共団体の 連絡担当者	所属 住所　（〒　　）	ふりがな 氏名 電話

①受講票の送付先 （いずれかを選択）	□勤務先　□連絡担当者　□その他
②受講料請求書の送付先 （いずれかを選択）	□勤務先　□連絡担当者　□その他
①、②で「その他」を選択した場合の 送付先住所　（自宅など）	（〒　　）
受講料請求書の宛名 （例：○○市長）	（朱肉・見積書等のご要望がありましたら備考欄にご記入ください。）
備考欄	

※個人情報について
　受講申込書に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、
　お申込みいただいた研修会の的確な実施のために使用します。
※研修会開催日のおよそ２週間前までに「受講票」を郵送します。