

# 「労務・人事担当者のための労働衛生管理研修会」参加申込書

年 月 日

福岡産業保健総合支援センター 所長 殿

労務・人事担当者のための労働衛生管理研修会への参加を申し込みます。

ふりがな 出席者氏名					
職種 (○で囲んでください)	1. 産業医	2. 保健師・看護師	3. 衛生管理者	4. 労務・人事担当者	
	5. 事業主	6. 産業保健関連機関関係者	7. 労働者	8. その他 ( )	
事業所名			業種		
所在地	〒				
連絡担当者			部	課 (室)	
連絡先	TEL :		FAX :		
E-mail					
(メールアドレスをご記入の方には、当センター発行のメルマガ「とびうめ」を発信させていただきます。)					
参加申込み 研修会番号					

## 事前質問票

研修会で学びたい事や、事前に質問したい事項がございましたら下欄に自由にご記入ください。

研修会番号	質問内容

※いただいたご質問は、原則研修会にて講師より皆さんへ回答いたします。

- ・お申し込みはFAX、又は郵送でお願いします。
- ・日医認定研修ではありません。  
(医師の方が受講されましても、認定研修単位は付与されませんのでご了承ください。)
- ・参加申し込みの際は、研修会番号のお間違えがないようお願いします。
- ・1人で複数の研修会の受講が可能です。(2名以上の場合は申込用紙をコピーしてお使いください。)

### 【申込み先】

(独) 労働者健康安全機構 福岡産業保健総合支援センター  
〒812-0016  
福岡市博多区博多駅南2-9-30 福岡県メディカルセンタービル1F

申込先 FAX : 092-414-5239