

# 新潟産業保健研究会 第34回研修会 2024.12.21(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 <b>氏名</b> _____ <b>勤務先</b> (所属) _____	<b>1 新潟産業保健研究会の会員区分 (研修会参加費)</b> <input type="checkbox"/> 会員である(1,000円) <input type="checkbox"/> 会員ではない。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)
<b>案内送付先住所</b> 〒 _____	<b>2 参加希望講演</b> <input type="checkbox"/> 講演Ⅰ:生涯/専門2単位 「発達障害のある方と働く～障害特性と職場での対応～」 <input type="checkbox"/> 講演Ⅱ:生涯/実地2単位 「業務的健康管理に基づくメンタルヘルス対応(高尾メソッド)」演習付
<b>電話</b> _____ <b>FAX</b> _____	<b>3 単位取得費</b> (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
<b>職種</b> (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( )	<b>4 支払金額(研修会当日に受付で納入ください。)</b> 1の金額                      3の金額 <b>支払金額</b>  円 +                                      円 =                                      円
<b>備考</b>	

## 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)