**日本総合健診医学会**

**平成29年度　産業医支援研修会　参加申込書**

◎参加申し込みについて

・産業医認定シールを希望される方は、必ず希望欄にご記入のうえお申し込みください。**認定シールは事前申込者のみに配布します**のであらかじめご了承ください。

・本学会会員の方（施設会員に勤務している職員も含む）は、必ず会員番号をご記入ください。

・メールアドレスは楷書体ではっきりご記入ください（’数字の0とアルファベットO’、’1とI’、’2とz’、’-と\_’など判別がつきづらいものはルビをお振りください）

・お預かりした個人情報は、本学会の個人情報取扱規定で定められている利用目的以外では使用いたしません。

・本参加申込書は学会ホームページからもダウンロードできます。

申込日：　2017　年　　　　　月　　　　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ご勤務先： |  | | | | | | | |  | 役　職： | | |
| フ リ ガ ナ  受講者氏名： |  | | | | | | |  | | 職　種： | |
| 会員種別： | ※該当するものにチェックを付けてください。  □個人会員　　　　　　□施設会員の職員　　　□非会員  （会員番号：　　　　） （会員番号：　　 　　） | | | | | | | | | |
| 連絡先： |  | 自宅　　・　　勤務先 | | | ※いずれかに○を付けてください。 | | | | | |
| 連絡先住所： | （〒　　－　　　　） | | | | | | | | | |
| 連絡先電話番号： |  | |  | FAX番号： | |  | | | | |
| メールアドレス： | ＠ | | | | | | | | | |
| 産業医認定シール | 要　　・ 　不要（受講のみ）  ★産業医認定番号をご記入ください   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | | **★必須★**  認定シールを申し込む方は、必ず産業医認定番号を記入してください。 | | | |

産業医認定シールは参加申込時のみの受付となります。後日または当日のお申し込みはできませんのでご注意ください。

◎お申込後の注意事項

・お申し込み受付後、参加証を送付します。研修会開催日の1週間前になっても参加証が届かない場合は、事務局までご連絡ください。

・受講料は、研修会当日に受付でお支払いいただきます。研修会当日は、郵送された**「参加証」と「受講料」**を必ずご持参ください。

・やむを得ない事情でキャンセルを希望される場合は、事前に学会事務局へご相談ください。

**申込FAX番号：03－5413－0016**

**申込期限：2017年6月16日（金）**　※定員になり次第受付を終了します。

＜お問合せ先＞日本総合健診医学会　事務局

〒151-0051　東京都渋谷区千駄ヶ谷 1丁目31-10　セシア千駄ヶ谷ビル2階  
TEL：03-5413-4400 ／　FAX：03-5413-0016