

FAX 03-3453-9647

(一社)日本労働安全衛生コンサルタント会 殿

認定産業医研修会(実地) 受講申込書

[平成29年2月25日(土)開催]

平成 年 月 日

受 講 者	現 住 所	〒			
	フリガナ氏 名	(才)	日中連絡先 電話番号		
	FAX [必須]	※入金確認後、受講票に代えて、この用紙を FAX いたしますので、ご記入願います。また、当日、必ずご持参ください。			
	認定番号				
	受講番号	《当会記入欄》			
	費 用	受講料	12,000円	送 金 予 定 日	
		月 日			
		<お振込みは、郵便振替でお願いします。> 口座番号 00160-1-60734 口座名 一般社団法人日本労働安全衛生コンサルタント会			
勤 務 先	所 在 地	〒			
	名 称		所属の 部課名		
	TEL/FAX	TEL / FAX			

※ 領収証希望 なし ・ あり (宛名 ;)

※ 領収証を希望された方は、研修会当日お渡し致します。