

東京精神神経科診療所協会会長
中野 和広 殿

研修登録番号
受理日 平成 年 月 日

平成26年度 産業メンタルヘルス研修講座 受講申込書

本講座を受講したいので、本申込書を貴会事務局に郵送・ファクスします。
受講に際しては、講座運営責任者の指示に従い、円滑な運営に協力します。

※ 初めて本講座を受講する場合は下記の枠内はすべて記入してください。2回目以降の受講の場合は※のみ記入してください。但し、※以外の事項について変更がある場合は、現在の状況を正確に記入してください。記載不備な場合は受講できない場合がありますので、記載後は記入漏れの有無を確認してください。

| | | | | | |
|----------------------------|-----------|---------------|---------|----------|--------------|
| ※申込日 | 平成26年 月 日 | | ※受講希望日 | 平成 年 月 日 | |
| ※ふりかな | | | | | |
| ※氏名 直筆 | | | | ※印 | |
| 性別 | 男 | 女 | ※前回受講日 | 平成 年 月 日 | |
| 年齢 | 歳 | | | | |
| ※東精診会員 | 会員 | 非会員 | | | |
| ※専門職種 | 医師 | 保健師 | 看護師 | 精神保健福祉士 | 臨床心理士 (その他) |
| 主な専門科 | 科 | | | | |
| 産業医もしくは職場内メンタルヘルス関連業務経験の有無 | なし | あり (通算経験年数 年) | | | |
| 自宅住所 | 〒 | | | | |
| 勤務先施設名 | | | 施設長 | | |
| 勤務先住所 | 〒 | | | | |
| いずれかに○をつけてください | 自宅 | 勤務先 | ファクス | | |
| 希望連絡先 連絡方法 | ファクス | アドレス | アドレス | | |
| 携帯電話番号 | | | その他特記事項 | | |

東精診事務局 FAX 03-6382-5956