関東産業健康管理研究会事務局

FAX：03-3358-4002

**関東産業健康管理研究会　入会申込書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | |
| 自宅住所  ※1 | 〒 | | | | | | |
| 都　道 | |  | | | | |
| 府　県 | |  | | | | |
| TEL |  | | | FAX | | |  |
| 勤務先名 |  | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | |
| 勤務先住所 | 〒 | | | | | | |
| 都　道 | |  | | | | |
| 府　県 | |  | | | | |
| 所属・肩書 |  | | | FAX | |  | |
| TEL |  | | | 内線 | |  | |
| 書類送付先 | 自宅 | 勤務先 | | | （どちらかに丸をつけてください） | | |
| Eメール |  | | | 産業医認定番号  (医師のみ) | | |  |

ご登録いただいたメールアドレスに事務局より年会費振込のご案内を

させていただきます。

年会費の納入をもって入会手続き完了といたします。

入会に関しまして、ご不明な点等ございましたら事務局までご連絡ください。

どうぞよろしくお願い申し上げます。

※1 建物名・部屋番号までご記入ください。