

## 関西産業健康管理研究協議会 入 会 申 込 書

平成 年 月 日

事業所 会員 申込み 欄	事業所名称 および ご所属部署名	
	郵便物宛先 代表者ご氏名	※無記入の場合は「御中」と表示いたします。
	所在地	職 種：医師・保健師・看護師・その他( ) 〒 — Tel — — Fax — — Mail:
個人 会員 申込み 欄	会員ご氏名	(フリガナ) 職 種：医師・保健師・看護師・その他( )
	ご勤務先名 (ご所属部署)	
	ご勤務先ご住所	〒 — Tel — — Fax — — Mail:
	ご自宅ご住所 ※ご自宅宛てに郵送物を 希望される方のみ	〒 — Tel — — Fax — — Mail:
	ご案内送付先	・ 勤務先                      ・ 自宅

ご記入いただいた内容に関しましては会の活動目的に沿った利用に限定し、情報の保護に留意して管理いたします。

**関西産研事務所**：一般財団法人日本予防医学協会 西日本事業部 内 (事務担当:野田昇)

TEL: 06-6362-9042 (直通)