

記入日：平成 年 月 日

## 参加申込書

看護師・精神保健福祉士のためのストレスチェック実施者養成研修 受講日：平成 29 年 8 月 23 日（水）		
フリガナ		性別
参加者氏名		男性・女性
勤務先事業所 （部署）	※現在、勤務されていない方は記入不要です。  ( )	
連絡先	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 〒 -  電話番号 ( ) FAX番号 ( ) ※日中連絡がとれる電話番号をご記入ください。	
資格証明書類 （添付）	添付の書類に（✓）をご記入ください。 <input type="checkbox"/> 看護師 免許証のコピー <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 登録証のコピー <input type="checkbox"/> 看護師および衛生管理者 両資格免許証のコピー <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士および衛生管理者 登録証および免許証のコピー <input type="checkbox"/> 上記以外で聴講希望 ( ) ※ご提出いただいた添付書類は当会で責任を持って廃棄いたします。	
<ul style="list-style-type: none"><li>●本参加申込書を送付する際には、ご自身でも写しをお取りください。</li><li>●申込書類到着後、当会から郵送にて「受講票」をお送りいたします（8月18日頃）。当日は、受講票を必ずご持参ください。</li><li>●なお、当会へ申込書類到着後、定員に達していた場合には、受講できない旨をご連絡させていただきます。</li><li>●参加費は、当日会場でお支払いいただきます。お釣りのないようにご用意願います。</li><li>●参加取り消しの場合は、必ずお電話のうえFAXにてご連絡ください。</li></ul>		

### 【申込書送付先】

※封筒には朱書きで「ストレスチェック実施者養成研修申込書在中」と記載願います。

〒950-1187 新潟県新潟市西区北場 1185-3

一般社団法人 新潟県労働衛生医学協会 健康づくり推進部（担当:田代、宗村）