

記入日：令和 年 月 日

## 参加申込書

看護師・精神保健福祉士・歯科医師・公認心理師のための ストレスチェック実施者養成研修 受講日：令和5年3月27日(月)																			
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。 <table><tr><td><input type="checkbox"/>看護師</td><td>免許証のコピー</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/>精神保健福祉士</td><td>登録証のコピー</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/>歯科医師</td><td>免許証のコピー</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/>公認心理師</td><td>免許証のコピー</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/>看護師および衛生管理者</td><td>両資格免許証のコピー</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/>精神保健福祉士および衛生管理者</td><td>登録証および免許証のコピー</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/>歯科医師および衛生管理者</td><td>両資格免許証のコピー</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/>公認心理師および衛生管理者</td><td>両資格免許証のコピー</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/>上記以外で聴講希望 ( )</td><td></td></tr></table> ※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。	<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"/> 歯科医師	免許証のコピー	<input type="checkbox"/> 公認心理師	免許証のコピー	<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"/> 歯科医師および衛生管理者	両資格免許証のコピー	<input type="checkbox"/> 公認心理師および衛生管理者	両資格免許証のコピー	<input type="checkbox"/> 上記以外で聴講希望 ( )	
<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"/> 歯科医師	免許証のコピー																		
<input type="checkbox"/> 公認心理師	免許証のコピー																		
<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"/> 歯科医師および衛生管理者	両資格免許証のコピー																		
<input type="checkbox"/> 公認心理師および衛生管理者	両資格免許証のコピー																		
<input type="checkbox"/> 上記以外で聴講希望 ( )																			
<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(3月13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 健康づくり推進課(担当:源氏、鈴木)