

FAX 093-671-3576

一般財団法人 西日本産業衛生会
登録講習係 宛て

作業環境測定士登録講習受講仮申込FAX用紙

平成 年 月 日

申込書の送付先	<input type="checkbox"/> ご自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 希望する送付先に☑を入れてください。	
ふりがな 氏名 連絡先	携帯電話() メールアドレス()	
自宅住所	郵便番号() 都道府県 TEL	
勤務先の名称及び所属部課名		
勤務先の住所	郵便番号() 都道府県 TEL FAX	
受講を希望する講習	<input type="checkbox"/> 第二種作業環境測定士講習 3日間 <input type="checkbox"/> 第一種作業環境測定士講習 別表第1号の作業場(鉱物性粉じん) 2日間 <input type="checkbox"/> 第一種作業環境測定士講習 別表第3号の作業場(特定化学物質) 2日間 <input type="checkbox"/> 第一種作業環境測定士講習 別表第4号の作業場(金属類) 2日間 <input type="checkbox"/> 第一種作業環境測定士講習 別表第5号の作業場(有機溶剤) 2日間 <hr/> <input type="checkbox"/> 実技基礎 Aコース 共通科目(第2種登録講習) 1日間 <input type="checkbox"/> 実技基礎 Bコース 鉱物性粉じん(第1種登録講習) 1日間 <input type="checkbox"/> 実技基礎 Cコース 特化・金属・有機溶剤(第1種登録講習) 1日間 希望する講習に☑を入れてください。	
受講資格※	<input type="checkbox"/> 作業環境測定士試験合格 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 環境計量士 <input type="checkbox"/> 第1種放射線取扱主任者 その他() 該当する資格に☑を入れてください。また一覧にない場合はその他の()に記入してください。	
受講希望日	平成 年 月 日～ 月 日 平成 年 月 日～ 月 日 平成 年 月 日～ 月 日 平成 年 月 日～ 月 日	
当財団での受講の有無	<input type="checkbox"/> 過去に受講した <input type="checkbox"/> 過去に受講したことはない 受講の有無に☑を入れてください。	
通信欄	ご質問等がございましたら、ご記入ください。	

※実技基礎講習のみを受講される場合、受講資格は必要ありません。