

**埼玉県医師会産業医会行き FAX 048-822-8515**  
**令和8年度埼玉県医師会産業医研修会 受講申込書**  
**第1回：基礎・生涯 7月26日(日)**

申込締切：6月23日(火)

※「受講を希望する理由」欄の優先順位により、受講者を選定させていただきます。

- ・ 受講希望の方は、ファクシミリにてお申し込みください。
- ・ 申込締切後、払込用紙と受講証を別途郵送いたします。
- ・ 受講料の支払方法はコンビニエンスストアでの払込みです。
- ・ 申し込み後にキャンセルされる場合には必ずご連絡ください。

**産業医研修会受講申込書 ※全項に必ずご記入ください**

受講日	第1回 7月26日(日)		
認定産業医資格の有無	<input type="checkbox"/> 認定医 <input type="checkbox"/> 未認定	認定番号	有効期限： 令和 年 月 日
受講を希望する理由 ※□にチェックを入れてください	<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染拡大によって研修会を受講できず、研修会当日(7/26)に、有効期限がすでに切れている <input type="checkbox"/> 有効期限が令和8年9月末まで <input type="checkbox"/> 認定産業医を新規取得希望で、すでに産業医の仕事が決まっている <input type="checkbox"/> その他( )		
会員等種別	<input type="checkbox"/> 埼玉県医師会産業医会会員 <input type="checkbox"/> 埼玉県医師会会員 <input type="checkbox"/> その他		
医籍登録番号			
フリガナ参加者氏名	フリガナ 氏 名		
所属医師会(都道府県)	医師会	所属医師会(郡市区)	医師会
所属医療機関名			
所属医療機関所在地	〒 — TEL: ( ) FAX: ( )		
書類送付先	〒 — TEL: ( ) FAX: ( )		

産業医会記入欄(記入しないでください)  
 A                       B                       C  

No.	—	
-----	---	--