受付 No.

日本職業・災害医学会認定「労災補償指導医」講習会申込書

2025年／神奈川

ふ　り　が　な 氏　　名	男　女 生年月日　T.　S.　H.　年　月　日
勤務先名（所属まで） 勤　務　先　住　所	〒　　― TEL : FAX :
郵便物送付先住所 勤務先あるいは自宅	同上 自宅　〒　　― TEL : FAX :
専門領域と取得専門医 （認定医・指導医）	
E-mail	
選択講義 受講希望に〇を付けて下さい	a. 眼（眼球及び眼瞼）　b. 耳・鼻・口　c. 神経と精神 d. 胸腹部臓器の障害　e. せき柱及びその他の体幹骨（上肢と下肢）