

船舶衛生管理者再講習受講願書

(年度下期) 開催日: 年 月 日～ 月 日
開催地:

一般社団法人外航船員医療事業団 宛

提出日 年 月 日

申請者	会社名	社印
	担当部門名	
	担当者名	
	メールアドレス	
	電話番号	

氏名	ひらがな		
	漢字		
	ローマ字		
生年月日	年 月 日	年齢	歳
職名			
最終学歴			

本籍(都道府県)		
現住所	〒	
自宅電話		
メールアドレス		
携帯電話		

衛生管理者 適任証書	取得年月日	年 月 日
	受講場所	
衛生管理者実歴		

- 注1) 願書提出日現在の情報を記入ください。
注2) 現有適任証書所得地は「①せんぼ東京高輪病院②神戸商工会議所③神戸会員会館④学校⑤その他」より選択ください。
注3) 講習に必要な教本、ご案内等の書類は、事業団より自宅(現住所)に直送します。
注4) 本フォーマットに入力され、メール添付で事業団に送信いただき、さらに別途出力されて御社印押印の上、事業団にご郵送ください。