

船舶衛生管理者再講習受講願書

【 年度 期 】 開催日： 年 月 日 ～ 月 日
開催地： 掖済会病院

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、事業団より上記 現住所に送付します。
注4) 本紙に必要な事項記入し社印押印の上、FAXして頂いた後、郵送願います。

船舶衛生管理者再講習 受講者の注意事項に関する同意書 私は、令和4年度上期の船舶衛生管理者再講習受講にあたり、「船舶衛生管理者再講習 受講者の注意事項」の記載事項について全項確認し、同意のうえ、申込みます。 <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">氏名 _____</p>
--