

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、事業団より自宅(現住所)に直送します。

注4) 本紙に必要事項記入し社印押印の上、FAXして頂いた後、郵送願います。

一般社団法人 外航船員医療業団
〒101-0047
東京都千代田区内神田1丁目4番13号
CRC北大手町ビル
TEL:03-5281-0591/FAX:03-5281-0594
E-mail m@jsmac.or.jp