

FAX 番号

06-6416-5465

独立行政法人 労働者健康安全機構
関西労災病院 治療就労両立支援センター

予防医療ネットワーク登録申込書

※記入漏れがないよう必ず全てご記入ください

フリガナ		職種	
氏名			
勤務先		所属	
勤務先住所	〒		
TEL		FAX	
E-mail			
下記をお読みいただき、✓を入れてください			
<input type="checkbox"/> 本会の会則に同意する			
<input type="checkbox"/> 会員名簿に氏名・職種・勤務先・TEL・FAX 番号の掲載を了承する			
ご連絡事項			

上記内容を記載していただき、FAXまたは郵送にてお送りください。

研修会のご案内やお知らせはメール配信しております。

迷惑メール対策で「ドメイン指定受信」等の設定をされている場合には、当センターからのメールを受信できるように設定をお願いします。

なお、申込書にご記入いただいた個人情報は、本ネットワークの運営上の目的以外には使用いたしません。

独立行政法人 労働者健康安全機構
関西労災病院 治療就労両立支援センター
予防医療ネットワーク世話人 老谷
TEL : 06-6416-1221 FAX : 06-6416-5465