

# 徳島産業保健総合支援センター利用者登録票

( 初めてご利用の場合 )

受付日	平成 年 月 日
担当者	

ふりがな		図書登録No.
利用者氏名		
利用者職種	(該当職種を○で囲んでください) 1. 産業医                      2. 産業看護職                      3. 衛生管理者                      4. 安全衛生担当者 5. 人事労務担当者                      6. 経営者                      7. その他(                      )	
産業医の方	認定産業医・・・( YES・NO )	専属産業医・・・( YES・NO )

事業場名	TEL番号		
	FAX番号		
	Eメールアドレス (メルマガ購読)	<input type="checkbox"/> メルマガジンを希望しない場合はチェックを入れてください	
所在地	〒		
事業者氏名	労働者数 該数(可)	男	人
事業内容		女	人
		計	人
利用目的	1. 窓口相談    2. 実地相談    3. 研修    4. 産業保健情報バンク    5. 図書等閲覧・借用 6. その他(                      )		
当センターを 何でお知り になりましたか	1. 労働基準監督署の説明    2. 労働基準協会の会報    3. 講演会等 4. 紹介(                      )    5. その他(                      )		
備考欄(センター記載欄)	名刺貼付欄 *ファクシミリでお申し込みの場合は、お名刺の コピーを添付願います。		

\*本登録証の個人情報については、個別情報とはならない統計処理等を除き、あなたへの産業保健サービスの提供以外に使用されることはありません。