

# 一般社団法人日本予防医学会 第6回予防医学指導士養成研修会 受講申込書

予防医学会会員様・予防医学指導士受験予定者・予防医学指導士更新者

必要事項を記入後、メール添付、FAXまたは郵送にて、日本予防医学会まで送付してください。

送付先： 〒601-8407 京都市南区西九条寺ノ前町 2-4

一般社団法人日本予防医学会 宛

受付後10日（土日祝日除く）以内に、事務局よりメールにて受付の連絡をいたします。

連絡がない場合は、お手数ですがご連絡下さい。（TEL:075-662-8860）

一般社団法人日本予防医学会 予防医学指導士認定制度委員会 御中

私は一般社団法人日本予防医学会 予防医学指導士認定制度に基づき、貴学会が主催する  
予防医学指導士養成研修会を受講したく、下記の通り申請いたします。

申請日 年 月 日

フリガナ	会員について			会員番号
氏名	学会員 ・ 非学会員 ・ 今回入会希望			
性別	男 ・ 女	予防医学指導士資格取得について		指導士番号
生年月日	19 年 月 日	取得済み ・ 取得希望 ・ 取得希望なし		
職種 (○で囲む)	医師 歯科医師 獣医師 看護師 保健師 管理栄養士 栄養士 薬剤師 臨床検査技師 衛生検査技師 理学療法士 作業療法士 診療放射線技師 視能訓練士 歯科衛生士 社会福祉士 介護福祉士 精神保健福祉士 あん摩マッサージ指圧師 はり師 きゅう師 柔道整復師 言語聴覚士 労働安全コンサルタント 労働衛生コンサルタント 衛生管理者 その他 ( ) (本学会が定める) 大学院修士・博士課程における単位取得者			
フリガナ				
勤務先名				
所属課名				
ご連絡先	送付希望先 (○で囲む)		勤務先	自宅
	〒 -			
	電話 (必須)		FAX	
	メール アドレス	※連絡が取れるメールアドレスの記載をお願いいたします。		

※席は指定席となっております。受講申込完了（申込書と受講料支払い済）した方の順番となりますので、ご了承ください。

<学会記入欄>

受付番号		受講番号	
受講料	・ テキスト代金	発送日	

● 個人情報の取扱に関して ●

一般社団法人日本予防医学会が主催する学術総会・講演会等の業務において、ご参加頂いた皆様の写真等を撮影させていただいております。なお、撮影いたしました写真等は一般社団法人日本予防医学会が権利を有し、一般社団法人日本予防医学会発行物及び学術総会・講演会・ホームページ・広報活動等の一般社団法人日本予防医学会での業務以外に使用しません。また、氏名・性別・生年月日・住所・電話番号・携帯電話番号・FAX番号・Eメールアドレス・その他日本予防医学会が保有する個人情報に関して、日本予防医学会発行物及び学術総会・講演会・ホームページ・広報活動等の一般社団法人日本予防医学会での業務以外で使用することはありません。なお、一般社団法人日本予防医学会が所有する個人情報は、ご本人の許可無く第三者に開示することはありません。一般社団法人日本予防医学会が所有する個人情報は、ご本人に限り情報開示することとします。

個人情報の取扱に関して、本人からの異議申し立てがない場合、日本予防医学会の個人情報取り扱いに関して同意したものとします。