

# 産業保健ネットワーク 加入申込書

令和 年 月 日

太枠内をすべてご記入ください。

ふりがな		職種	
氏名			
勤務先 所属先			
勤務先 所属先 住所	〒 -		
TEL		FAX	
E-mail			
本会の会則に同意する <input type="checkbox"/> (✓を入れてください)			
本会の会員名簿に氏名及び所属先の掲載を了承する <input type="checkbox"/> (✓を入れてください)			
ご連絡 事項			

※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。

記入漏れにご注意ください。申込書を受け付け次第、メールをお送りいたします。  
一週間経過してもメールが届かない場合、FAXが到着していない可能性があります。下記宛にご連絡ください。

## 【連絡先】

〈代表世話人 保健師〉

[osaka-ryoritu@osakah.johas.go.jp](mailto:osaka-ryoritu@osakah.johas.go.jp)

大阪ろうさい病院 治療就労両立支援センター

TEL:072-252-3561(代)

FAX:072-255-7520

(FAX受付時間 午前8時15分～午後5時00分)