

受理番号

船舶衛生管理者講習(B)受講申込書

船舶に乗り組む医師及び衛生管理者に関する省令（昭和37年運輸省令第43号）第12条第8号の同等以上の能力を有すると認められる講習を受けたいので受講料を添えて申し込みます。

平成 年 月 日

ふりがな 氏名		男	生年月日	年齢
		女		
本籍（都道府県名）				
現住所	〒 連絡先電話番号（ ） —			
海技免状		職名		
最終学歴	大学	学部	科	
勤務先	住所	〒		
	勤務先名			
	担当部・課			
	事務担当者氏名			
	電話番号	（ ） —		
協会の[会員・非会員]会社である。（該当するものに○印）				

船員災害防止協会会長 殿

申込者氏名

印

「受講希望会場」欄には、東京、横浜、神戸 または 京浜地区と、必ず記入してください。

	第1希望	第2希望
受講希望会場		