

(第1号様式)

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申込みます。

令和 年 月 日

ふりがな 氏 名		男 女	生 年 月 日	年 齢
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				
勤 務 先	住 所	〒		
	勤 務 先 名			
	担当部・課			
	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

*申込者は、勤務先担当者で可

「受講希望会場」第1, 2希望欄には、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		