

## 《申込方法について》

受付開始：平成 30 年 10 月 17 日（水）12：00～

応募フォームへの入り口は、

受付開始日に、ホームページ上に「[お申込はこちら](#)」と表示されます。

※ 受付開始時刻になるまでは、「受付開始前です」と表示され、フォームが開くことはありません。

受付開始時刻になりましたら「[お申込はこちら](#)」をクリックし、申込フォームを開いてください。

（注）受付時間前にフォームの画面を開いていた場合、自動で画面が切り替わることはありません。  
ブラウザの更新ボタンをクリックして、再度読み込み直す必要があります。



必要事項を記入し、「入力内容確認」ボタンをクリック。

（登録時の注意）

登録いただいたメールアドレスに PDF ファイルをお送りすることがありますので、  
携帯電話のメールアドレスはご遠慮ください。

1 メールアドレスにつき 1 名の登録をお願いいたします。

同じアドレスで複数名の登録できません。



入力した内容が表示されます。

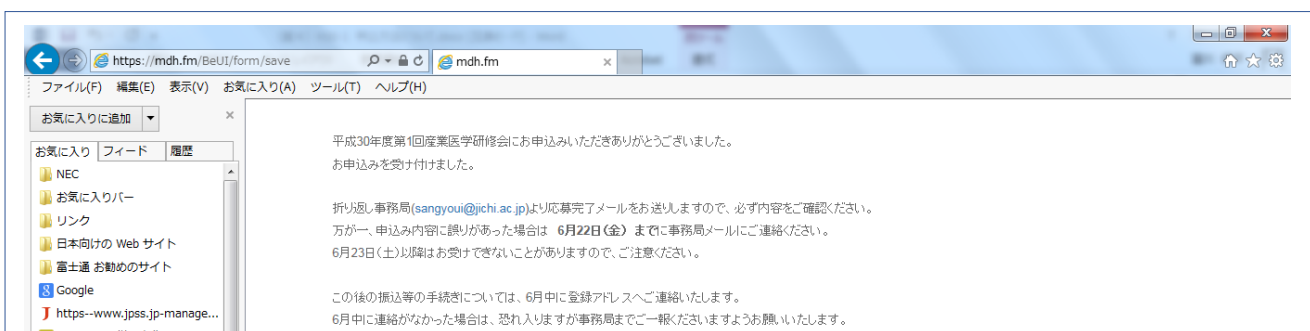
内容を確認の上、一番下の「送信」ボタンをクリックすると、データが送信されます。

（注）内容を修正する場合は「修正」ボタンをクリックし、内容修正をお願いいたします。

修正ボタンをクリックすると確認用メールアドレスが消去いたしますので、お手数ですが、  
再度ご入力をお願いいたします。



申込を[お受けできた場合のみ](#)以下のような内容の画面が表示されます。（参考：前回時）



【終了の場合に表示される画面】

**ご注意！！**

回答受付期間は終了しました。

定員に達してしまった場合は、

「回答受付期間は終了しました。」というメッセージが表示され、データは送信されません。



申込をお受けできた場合のみ、送信後に事務局アドレス ([sangyoui@jichi.ac.jp](mailto:sangyoui@jichi.ac.jp)) より申込完了確認メールが自動配信されますので、必ず内容をご確認ください。



万が一登録内容に誤りがあった場合は、**10月19日(金)まで**に事務局までご連絡ください。変更手続きを行います。それ以降はお受けできませんのでご了承ください。



その後の手続きについては、後日、事務局より登録メールアドレス宛にメールを送信いたします。PDF ファイルを添付いたします。

場合によって、迷惑メールとして登録されてしまうこともあるようですので、ご注意ください。手続きの締切は厳守くださいますようお願いいたします。

手続きについてのメールは **11月上旬まで**に全受講者へ送信いたします。メールが届かなかった場合は、お手数ですが、事務局までご連絡ください。

申込方法につきまして不明点等ありましたら、事務局までメール ([sangyoui@jichi.ac.jp](mailto:sangyoui@jichi.ac.jp)) もしくは、電話 (0285-58-7587) にてお問い合わせください。

なお、**申込は短時間で終了してしまうことがございます。**

どうかご了承ください。

【ご参考：前回時】

申込フォームは以下の内容を予定しております。ご参照ください。

登録情報を入力の上、送信ボタンを押してください。

<b>【必須】</b> 【希望コース】	<input type="radio"/> 基礎研修(新規に認定産業医の資格を習得するためのコース) <input type="radio"/> 生涯研修(資格更新のためのコース)
<b>【必須】</b> 【受講月日】 (1日単位の受講は可能ですが、申込みは2日間以上)	<input type="checkbox"/> 8月25日(土) <input type="checkbox"/> 8月26日(日) <input type="checkbox"/> 8月27日(月) <input type="checkbox"/> 9月21日(金) <input type="checkbox"/> 9月22日(土) <input type="checkbox"/> 9月23日(日)

【受講者情報】

<b>【必須】</b> 氏名 (例:自治 太郎)	<input type="text"/>
<b>【必須】</b> 氏名カタカナ (全角カタカナ 例:シチ タロウ)	<input type="text"/>
<b>【必須】</b> 年齢 (半角数字 例:35)	<input type="text"/> 歳
<b>【必須】</b> メールアドレス (携帯電話のメールアドレスはご遠慮ください)再入力	<input type="text"/>

【所属】(休職中などの方はなしと記入ください)

<b>【必須】</b> 勤務先 (例:自治医科大学附属病院)	<input type="text"/>
<b>【必須】</b> 診療科 (例:循環器内科)	<input type="text"/>
<b>【必須】</b> 勤務先の都道府県	お選びください <input type="button" value="▼"/>

【関係書類の送付先】

<b>【必須】</b> 郵送先	<input type="radio"/> 自宅 <input type="radio"/> 勤務先
<b>【必須】</b> 郵便番号	<input type="text"/> <input type="button" value="住所検索"/> ※1101234 (ハイフン不要)
<b>【必須】</b> 住所 (例:栃木県下野市薬師寺3311-1)	<input type="text"/>
<b>【必須】</b> 電話番号	<input type="text"/>
備考 ※ご質問や不明な点などをご記入ください。	<input type="text"/>

【自治医科大学卒業生であるか、お知らせください。】

<b>【必須】</b> 卒業生	<input type="radio"/> 卒業生 <input type="radio"/> 卒業生ではない
-----------------	---