

産業医学振興財団 令和X年度□□講習会（○○会場）
申込フォーム

【お申込前の注意事項*必ずご確認ください*】

1. 受講可否に関するご意見、ご要望には一切お応えできません。
2. 受付開始時刻となりましたら「申し込む」ボタンを押し「お申込み内容入力」をお願いします。
3. 申込情報入力中に定員に達した場合は入力終了後に「キャンセル待ち」または「受付終了」となる場合があります。
4. 下記12.の留意事項にご同意いただいた上でお申し込みください。医療従事者を対象とした講習会ですので、マスクの着用をお願いします。
5. 申込内容確認画面の「戻る」「お申込内容の修正へ」ボタン以外の方法で戻る処理をするとエラーとなります。
6. その他、講習会についての詳細は下記をご確認ください。

受付開始時刻となりましたら
「申し込む」ボタンを押してください

申し込む



操作マニュアルはこちらからご確認ください >>

受付開始時刻となりましたら「申し込む」ボタンを押すと、「お申込み内容入力」画面に変わります

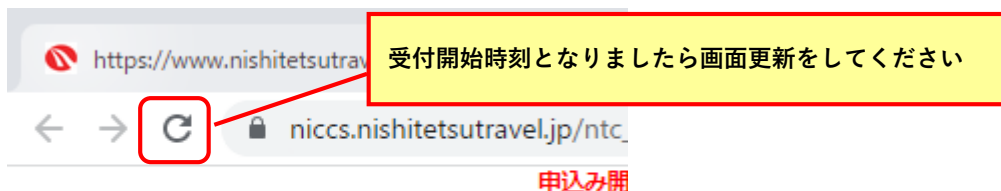
※ご注意※

受付開始前に「申し込む」ボタンを押した場合は、こちらの表示画面が表示されます



申し込み開始日(20XX/XX/XX 12:00)までしばらくお待ちください。

閉じる



受付開始時刻となりましたら画面更新をしてください

申し込み開

受付開始時刻となりましたら画面更新をすると、「お申込み内容入力」画面に変わります

【重要】

個人情報の同意にチェックを入れないと先へ進みませんので、必ずチェックを入れてください。
また、お申込み内容修正のために「戻る」や「お申込み内容の修正へ」を押して前画面に戻った際は、
個人情報同意のチェックが自動的に外れます。再度チェックが必要ですのでご注意ください。

お申込み内容入力

個人情報の取扱について

「個人情報の取り扱いについて」をクリックしていただくと詳細画面に移動します。ご一読の上、同意されましたら下記チェックボックスにチェックをして以降の項目に入力してください。

[個人情報の取り扱いについて](#)

個人情報の取り扱いについて
同意にチェックをしてください。

同意が必須条件です。 ☒ 個人情報の取扱について同意します

申込者（※は必須項目です）

必ずこのボタンを押して
選択してください。

受講希望会場*

☒ 〇〇講習会（〇〇会場）

必ず選択が必要です。

お名前*

姓 西鉄

名 太郎

お名前（カナ）*

セイ ニシテツ

メイ タロウ

全角でご入力ください

E-mail*

taro_nishitetsu@travel.nnr.co.jp

E-mail（確認用）*

taro_nishitetsu@travel.nnr.co.jp

手入力をお願いいたします。
（貼り付け不可）

性別

男性 ▼

連絡先*

☒ 勤務先 ☐ 自宅

連絡先*	☒ 勤務先 ☐ 自宅
住所*	郵便番号 113 - 0033 東京都 文京区 本郷3-10-15 書類送付に必要ですので、必ず番地、部屋番号等までご入力ください 数字や「-」は半角で入力してください。 例 3-10-15
事業所名	西鉄病院 【自宅を選択した場合は事業所名は入力しないでください】
所属	内科 【自宅を選択した場合は所属は入力しないでください】
電話番号*	半角でご入力ください（日中に連絡が可能な電話番号） 03 - 6742 - 0325 例 03-1234-5678
産業医認定の有無*	☒ 有 ☐ 無
医籍番号	半角でご入力ください 123456 <認定有の場合は必須>
産業医認定番号	半角でご入力ください 1234567 <認定有の場合は必須> 産業医認定番号は7桁になります。
所属医師会名	〇〇医師会
ご案内	☐ 産業医学振興財団の新刊や講習会情報メール配信を希望しない

数字や「-」（ハイフン）は半角で入力してください

自宅を選択した場合は事業所名は入力しないでください。

自宅を選択した場合は所属は入力しないでください。

産業医認定有の場合は医籍番号を必ず入力してください。

産業医認定有の場合は産業医認定番号を必ず入力してください。

こちらをクリックして次にお進みください。

内容確認

キャンセル待ちになる可能性が高い場合は、こちらに表記がされます。
但し、申込完了順の先着方式のため、キャンセル待ちにも入れない事がございます。
また、この表記がされない場合でもキャンセル待ち等になる場合があります。

お申込み内容確認

キャンセル待ちとなる可能性があります。

申込者（※は必須項目です）

受講希望会場	☐ 講習会 ☐ 会場
お名前	西鉄 太郎
お名前（カナ）	ニシテツ タロウ
E-mail	taro_nishitetsu@travel.nnr.co.jp
性別	男性
連絡先	勤務先
住所	郵便番号 113-0033 東京都 文京区 本郷3-10-15
事業所名	西鉄病院
所属	内科
電話番号	03-6742-0325
産業医認定の有無	有
医籍番号	123456
産業医認定番号	1234567
ご案内	☐ 産業医学振興財団の新刊や講習会情報メール配信を希望しない

修正がなければ「内容登録」をクリックしてください。

戻る

内容登録

修正がある場合こちらをクリックしてください。

キャンセル待ちになる可能性が高い場合は、こちらに表記がされます。
但し、申込完了順の先着方式のため、キャンセル待ちにも入れない事がございます。
また、この表記がされない場合でもキャンセル待ち等になる場合があります。

| お申込み内容の確認

キャンセル待ちとなる可能性があります。

お申込み内容をご確認ください。

内容ご確認の後、「お申込み確定」ボタンをクリックしてください。

参加お申込み内容

西鉄 太郎様 □□講習会(〇〇会場)

修正がなければ「お申込み確定」をクリックしてください。

お申込み確定

お申込み内容の修正へ

修正がある場合こちらをクリックしてください。



【お申込みが完了した場合】

| お申込み完了

お申込みありがとうございます。

只今メールを送信しましたのでご確認ください。

申込コード「SL5L」で受け付けました。

申込みコードとは、個別の申込み番号です。

閉じる

【キャンセル待ちの場合】

| キャンセル待ち受付

お申込みありがとうございます。

申し込みが定員に達したため

キャンセル待ちとして受付いたしました。

申込みコードとは、個別の申込み番号です。

申込コードは「SL5R」となります。

キャンセルが発生し、繰り上げとなりました場合は

改めてご連絡させていただきます。

閉じる

入力されたメールアドレスに自動返信メールが送信されます。

Gmail、yahooメール等のフリーメールをご利用の場合、迷惑メールと判定されてしまい、メールが受信トレイに入らないことがありますので、ご注意ください。

「迷惑メール」に振り分けられてしまった場合は、

- ・「迷惑メールではない」設定をしていただく
- ・ seminar_ntc@nnr-g.comのメールアドレスを連絡先に登録する

【お申込みが完了した場合】

件名：【申込完了】令和X年度 □□講習会 ○○会場 申込み完了 確認メール

西鉄 太郎様

この度は令和X年度 □□講習会 ○○会場にお申込いただきありがとうございます。

以下の通り手配が完了しましたのでお知らせいたします。

◎お申込内容

- 申込コード：SL5L
- 講習会名：令和X年度 □□講習会 ○○会場
- 日程：20XX年XX月XX日（X）
- 参加人数：1名
- お申込み
・西鉄 太郎様 □□講習会（○○会場）×1名

◎参加者情報

- 申込者（※は必須項目です）
お名前:西鉄 太郎
お名前（カナ）:ニシテツ タロウ
E-mail:taro_nishitetsu@travel.nnr.co.jp
性別:男性
連絡先:勤務先
住所:〒113-0033東京都文京区本郷3-10-15
事業所名:西鉄病院
所属:内科
電話番号:03-6742-0325
産業医認定の有無:有
医籍番号:123456
産業医認定番号:1234567
ご案内:

変更・お取消につきましては、下記問合せ先までメールまたはお電話にてご連絡ください。
その他ご要望・ご質問などがございましたらお気軽にご連絡ください。

※ご登録の覚えがない方は、お手数ですが下記お問い合わせ先までご連絡ください。

【お問い合わせ】
公益財団法人産業医学振興財団 企画課
TEL:03-3525-8293
Email:jissen@zsisz.or.jp

**こちらは、申込みの可否に関係はございませんので
アクセス不要です。**

本メールは 公益財団法人 産業医学振興財団から業務委託を受けた 西鉄旅行株式会社が 代理送信しています。

※お願い事項

メール受信の確認のため、下記URLからサイトにアクセスしてください。

https://niccs.nishitetsutransport.jp/ntc_evt_reception/app/QG030501/mail_ck/979f564060becc015fa6563398c59c93
よろしくお願いいたします。

【キャンセル待ちの場合】

件名：令和X年度 □□講習会 ○○会場 キャンセル待ち申込み受付確認メール

西鉄 太郎様

大変申し訳ありません。

定員オーバーのため、貴殿の令和X年度 □□講習会 ○○会場をキャンセル待ちとして
下記のとおり受け付けました。

キャンセル発生の際には改めてご連絡いたします。

◎お申込内容

■申込コード：SL5R

■講習会名：令和X年度 □□講習会 ○○会場

■日程：20XX年XX月XX日（X）

■参加人数：1名

■お申込み

・西鉄 太郎様 □□講習会（○○会場）×1名

◎参加者情報

■申込者（※は必須項目です）

お名前:西鉄 太郎

お名前（カナ）:ニシテツ タロウ

E-mail:taro_nishitetsu@travel.nnr.co.jp

性別:男性

連絡先:勤務先

住所:〒113-0033東京都文京区本郷3-10-15

事業所名:西鉄病院

所属:内科

電話番号:03-6742-0325

産業医認定の有無:有

医籍番号:123456

産業医認定番号:1234567

ご案内:

下記問合せ先までメールまたはお電話にてご連絡ください。

その他ご要望・ご質問などがございましたらお気軽にご連絡ください。

キャンセル待ちに関する問合せ先

産業医学振興財団 企画課

TEL：03-3525-8293

mail：jissen@zsisz.or.jp

本メールは 公益財団法人 産業医学振興財団から業務委託を受けた 西鉄旅行株式会社が 代理送信しています。

こちらは、申込みの可否に関係はございませんので
アクセス不要です。

※お願い事項

メール受信の確認のため、下記URLからサイトにアクセスしてください。

https://niccs.nishitetsutavel.jp/ntc_evt_reception/app/QG030501/mail_ck/c68ee9a4e3c7cc1b83780626b8525334

よろしくお願いいたします。