

講師派遣依頼書(FAX可) FAX 017-731-3660

申込者の氏名				所属・役職					
申込者の職種		産業医 保健師・看護師 事業主 労務管理担当者 衛生管理者 産業保健関係機関 労働者 その他() ※○印を付して下さい。							
事業場 又は 団体	名 称				T E L				
	所 在 地				F A X				
	従業員数	(男)	名 ・ (女)	名	合計	名			
	業種・業務内容				産業医氏名				
会議・研修 等の名称									
希望日時	第一希望	平成	年	月	日 ()	時	分～	時	分
	第二希望	平成	年	月	日 ()	時	分～	時	分
	第三希望	平成	年	月	日 ()	時	分～	時	分
開催場所									
受講対象者				受講者数					
行事内容及びご希望の講演テーマ・内容等									

センター記入欄

--

※コピーしてお使い下さい。