

あて先：FAX 017-731-3660（青森産業保健総合支援センターあて）

E-mail : sanpo02@aomoris.johas.go.jp

★原則として希望する「1月以上前」までに申込みください。

利用申込書

令和 年 月 日

留意事項	1 社内の全労働者のみを対象とした研修、教育及びセミナーは本支援の対象となりません。 2 所定期日まで申込できない場合及び講師の都合によりお断りする場合がありますことをご了承願います。			
※ 希望する支援内容に☑を入れてください。				
産業保健担当等への研修会・教育・セミナー(能力向上研修)の実施				
1 <input type="checkbox"/> 産業保健担当等を対象とした専門的・実践的な研修を受けたい。 2 <input type="checkbox"/> 管理監督者を対象としたメンタルヘルス教育（ストレスチェック制度含む）を受けたい。 3 <input type="checkbox"/> 若年労働者を対象としたメンタルヘルス教育（ストレスチェック制度含む）を受けたい。 4 <input type="checkbox"/> 病気の治療と仕事の両立支援に関するセミナーを受けたい。 5 <input type="checkbox"/> 事業者として労働者の健康管理などに関する啓発セミナーを受けたい。				
受けたい場所	いずれかに○印(その他の会場に当たっては名称及び所在地)を記入してください。 (・ 自社 ・ その他の会場「名称」) 「所在地」)			
出席予定人数	名			
希望日(午前・午後のいずれかに○印)	第1希望	令和 年 月 日 ()	第2希望	令和 年 月 日 ()
		午前 午後		午前 午後
事業場名				所属労働者数 名
代表者	職名		氏名	
自社の所在地等	〒 —			
	電話番号 () —	FAX番号 () —		
担当者等	所属		氏名	
	E-mail :			
業種		業務内容		
希望する支援の具体的内容				
※上記希望事項に関する具体的な要望等(希望する内容、対象者、講師、詳細な時間など)を記入してください。 (申込み時点で相談員(講師)等と個別にお話をしている場合には、その旨記入してください。)				
_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____				

注) 本申込書をFAX又はメールで送信してください。

R40822