

令和 年 月 日

## 講師紹介 依頼申込書

青森産業保健総合支援センター TEL 017-731-3661

FAX : 017-731-3660

|                 |         |       |       |        |  |
|-----------------|---------|-------|-------|--------|--|
| 事業場<br>又は<br>団体 | 名 称     |       |       | TEL    |  |
|                 | 所在地     | 〒     |       | FAX    |  |
|                 | 従業員数    | (男) 名 | (女) 名 | (合計) 名 |  |
|                 | 業種・業務内容 |       |       |        |  |
|                 | 担当者・部署名 |       | 担当者職種 |        |  |
| 開催場所            |         |       |       |        |  |

|                  |                                                                                                                                                            |                |             |      |                 |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------|------|-----------------|
| 研修会等の名称          |                                                                                                                                                            |                |             |      |                 |
| 研修テーマ<br>ご希望の内容等 |                                                                                                                                                            |                |             |      |                 |
| 受講対象者            | <input type="checkbox"/> 管理監督者 <input type="checkbox"/> 若年者 <input type="checkbox"/> 一般労働者 <input type="checkbox"/> 事業主 <input type="checkbox"/> その他 (   ) |                |             |      |                 |
| 受講予定者数           | 人                                                                                                                                                          | 複数企業・団体の場合     | 参加企業<br>団体数 | 社・団体 | 受講<br>予定者数<br>人 |
| 希望講習時間           | <input type="checkbox"/> 60分 <input type="checkbox"/> 90分 <input type="checkbox"/> 120分 <input type="checkbox"/> その他 (   分)                                |                |             |      |                 |
| 希望日時             | 第一希望                                                                                                                                                       | 令和 年 月 日 (   ) | 時 分         | ～    | 時 分             |
|                  | 第二希望                                                                                                                                                       | 令和 年 月 日 (   ) | 時 分         | ～    | 時 分             |
|                  | 第三希望                                                                                                                                                       | 令和 年 月 日 (   ) | 時 分         | ～    | 時 分             |
| 希望があれば<br>講師名    |                                                                                                                                                            |                |             |      |                 |
| 備考               |                                                                                                                                                            |                |             |      |                 |

### 【ご利用にあたっての注意点】

- ・ 申込方法 : 「講師紹介 依頼申込書」へご記入の上、メールまたはFAXでお申込み下さい。
- ・ 申込期限 : 開催予定日の2カ月前まで
- ・ 研修テーマ : 産業保健に関するものに限りします。
- ・ 講師謝礼 : 事業場でご負担（実費：講師謝礼、交通費等）