

講師依頼申込書

申 込 日
令和 年 月 日

会 社 名		電 話	
		FAX	
申込者氏名		E-mail	
申 込 者 種 別 (○で囲んでください。)	事業主 衛生管理者 衛生推進者 安全衛生担当 労務管理担当 産業医 保健師 看護師 産業保健関係機関 労働者 その他()		

研 修 会 名			
開 催 期 日	令和 年 月 日 ()	時 分 ~ 時 分	
会 場			
会 場 所 在 地			
主 催 団 体 名			
受 講 対 象 者		受講者数	名
行 事 内 容 お よ び 支 援 依 頼 の 理 由			
備 考			

(コピーしてご使用ください)

独立行政法人 労働者健康安全機構
大分産業保健総合支援センター

〒870-0046

大分市荷揚町 3 番 1 号 いちご・みらい信金ビル 6F

TEL 097-573-8070 / FAX 097-573-8074

メール info@oitas.johas.go.jp

※センター記入欄

--