

講師派遣申込書

令和 年 月 日

※この用紙に記載された貴方の個人情報には講師派遣申込書以外に使用いたしません。

事業場名				事業内容			
事業規模	・1000人以上 ・300人以上 ・100人以上 ・50人以上 ・50人未満 ※いずれかに○印をつけてください。						
所在地	〒 -						
T E L	- -			F A X	- -		
e-mail							
お申込者	氏名（ふりがな）			職 種			
	職名			0. 産業医 5. 産業保健関係機関 1. 保健師・看護師 6. 労働者 2. 衛生管理者 7. その他（ ） 3. 労務管理担当者 8. 医師 4. 事業主			
	所属部課			※いずれかの番号に○印をつけてください			
第1希望日時	令和 年 月 日（ ） 時 分～ 時 分						
第2希望日時	令和 年 月 日（ ） 時 分～ 時 分						
第3希望日時	令和 年 月 日（ ） 時 分～ 時 分						
開催場所							
受講対象者				予定受講者数	名		
希望する講師名							
テーマ・内容等（簡潔にご記入ください）							
※相談員の都合により日時を変更させて頂く場合があります。 ※日時等決定しましたら、こちらからご連絡いたします。 *日時等連絡先（ ）							
お申込先	独立行政法人労働者健康安全機構 和歌山産業保健総合支援センター 〒640-8137 和歌山県和歌山市吹上2-1-22 和歌山県日赤会館7F 電話：073-421-8990 FAX：073-421-8991 e-mail info@wakayamas.johas.go.jp URL https://wakayamas.johas.go.jp/						