

# 講師派遣・紹介依頼書（FAX可）

令和 年 月 日

申込者の氏名		所属・役職	
申込者の職種		1. 産業医 2. 保健師・看護師 3. 事業主 4. 労務管理担当者 5. 衛生管理者 6. 産業保健関係機関 7. 労働者 8. その他（ ）	
事業場 又は 団体	名称	TEL	
		FAX	
	所在地	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	① 令和 年 月 日（ ） 時 分 ～ 時 分		
	② 令和 年 月 日（ ） 時 分 ～ 時 分		
	③ 令和 年 月 日（ ） 時 分 ～ 時 分		
開催会場			
受講対象者	受講者数	名	
行事内容及びご希望の講演テーマ・内容等			

センターをお知りになった理由 (該当する事項に☑印をご記入下さい)	<input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> メールマガジン <input type="checkbox"/> 各種団体主催の説明会等 <input type="checkbox"/> 労働基準監督署からの紹介 <input type="checkbox"/> その他（ ）
--------------------------------------	---