

共催セミナー開催申請書

熊本産業保健総合支援センターとの共催セミナーを申し込みます。

平成 年 月 日

代表者職

氏 名

印

熊本産業保健総合支援センター 所長 殿

事業場名

所在地

事業内容

労働者数

担当者 [所属部課] [職名] [氏名]

[TEL] [FAX]

[E-mail]

講習会名

希望される内容

開催日時【第一希望日】 平成 年 月 日 時 分開始

【第二希望日】 平成 年 月 日 時 分開始

希望講習時間 60分 90分 120分 その他 分

受講者 [対象] [参加人数]

開催場所

※講師

※備考

※印は記入しないでください。