

産 業 保 健 講 師 派 遣 ・ 幹 旋 申 込 書

熊本産業保健推進センター産業保健相談員による講師派遣・幹旋を申し込みます。

平成 年 月 日
代表者職氏名

熊本産業保健推進センター所長 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〕

講習会名

演 題

開催日時 平成 年 月 日 () 時 分～ 時 分

受講者 〔対象〕 〔参加人数〕 名

場 所 〒

(地図を添付して下さい)

※講師

※備考

※印は記入しないで下さい。