

産業保健セミナー受講申込書

事業場又は 団体等の名称		
所在地	〒	
TEL及びFAX	TEL	FAX
受講者氏名	メールアドレス(必ずご記入ください。)	
該当区分に○ をつけて下さい	1. 産業医 2. 保健師・看護師 3. 事業主 4. 人事労務担当者 5. 衛生管理者(安全衛生担当者) 6. 労働者 7. その他()	
セミナー番号	講 座 名	実 施 日
		令和 年 月 日
		令和 年 月 日
		令和 年 月 日
		令和 年 月 日
		令和 年 月 日
		令和 年 月 日
セミナー番号にハイフンを入れてご記入ください。(例.A-6-1)		
※テーマに関して質問等がございましたらご記入ください。当日講師より回答します。		

【申 込 先】
新潟産業保健総合支援センター 行
〒951-8055
新潟市中央区礎町通二ノ町2077番地
朝日生命新潟万代橋ビル6階

この申込書を直接FAXで送信して下さい

FAX:025-227-4412