

講師紹介申込書

令和 年 月 日

新潟産業保健総合支援センター所長 殿

FAX:025-227-4412

事業場 又は 団体	名称									
	住所	〒 -								
	担当者職氏名	(氏名)			(職名等)					
	電話・FAX番号	電話			FAX					
	メールアドレス									
	業種・業務内容					従業員数				
会議・研修会等の名称										
希望日時	第1案	令和	年	月	日()	時	分	～	時	分
	第2案	令和	年	月	日()	時	分	～	時	分
	第3案	令和	年	月	日()	時	分	～	時	分
開催場所										
受講対象者				受講者数			参加費	有 ・ 無		
希望する講師(産業保健相談員)がいる場合は、その氏名										
行事内容 及び ご希望の講演 テーマ・内容等										

・申込書にご記入いただいた情報は当センターの業務にのみ使用し、第三者へ提供することはありません。

※センター記入欄

講師名		訪問日時	
-----	--	------	--

独立行政法人労働者健康安全機構

新潟産業保健総合支援センター

〒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

電話: 025-227-4411 FAX:025-227-4412