

産業保健講師派遣申込書

下記のとおり講師の斡旋を依頼します。

平成 年 月 日

千葉産業保健総合支援センター 殿

事業場名			
所在地	〒		
事業概要		【会員数又は労働者数】	名
担当者	所属部課名	TEL	
	職名	氏名	FAX

講習会名		
演 題		
日 時	平成 年 月 日 ()	時 分 ~	時 分
受講者	対象	人 数 名
場 所	会場名 電話	
	所在地	
(地図を添付してください。)			

※講師名	
※備 考	

※印は記入しないでください。