

相 談 ・ 質 問 票

事業所名称 (必ずご記入下さい)		事業内容(業種) (必ずご記入下さい)	製造業/建設業/運送業/電気・ガス・水道/ 情報通信業/卸・小売業/金融・保険業/ 不動産業/飲食・宿泊業・/医療・福祉/ 教育・学習支援/サービス業 その他()			
相談者名	所属					
所在地						
連絡先	TEL	FAX				
	E-Mail					
事業場規模	50人未満	50~99人	100~299人	300~999人	1000人~ 不明	
相談者職種	①産業医・医師 ②産業看護職(保健師・看護師等) ③衛生管理者 ④人事労務担当者 ⑤事業主 ⑥労働者 ⑦その他()					
相談事項						
希望相談員：(なお、相談員の都合がつかない場合は他の相談員に振り替えることができます) () 相談員 ・ なし						
希望回答方法： TEL ・ FAX ・ E-Mail ・ 来所(後日日程調整をいたします)						

FAX 026-225-8535