

産業保健等の研修に関する講師紹介依頼

平成 年 月 日

独立行政法人労働者健康安全機構
長野産業保健総合支援センター 所長 殿

依頼者のお名前

④

(事業場等名称及び代表者名をご記入ください。)

下記のとおり、講師の紹介を依頼します。

事業所 ・団体等	名称									
	担当者職氏名	(お名前)		(職名等)						
	住所	〒								
	電話・Fax 番号	電話	・fax							
	メールアドレス									
	事業所・団体等の概要									
会議・研修会等の名称										
希望開催日時	①	平成	年	月	日	時	分	～	時	分
	②	平成	年	月	日	時	分	～	時	分
開催場所	名称									
	所在地									
研修等テーマ										
受講予定者数	名	受講対象者内訳								
主に希望する 講演内容等										

※ センター記入欄

※講師名		※備考 (回答年月日)	
------	--	----------------	--

【申込先】

長野産業保健総合支援センター 宛
〒380-0936 長野市岡田 215-1 フージャース長野駅前ビル4F
電話:026-225-8533 / Fax 026-225-8535