**産業保健等の研修に関する講師紹介依頼**

令和　　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**

**㊞**

**（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　令和　　年　　月　　日　　　　時　　分　～　　　時　　分②　令和　　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**

**〒380-0935　長野市中御所1-16-11　鈴正ビル2F**

**電話：026－225－8533　／　Fax　026－225－8535**