

産業保健等の研修に関する講師紹介依頼

_____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	_____年 ____月 ____日 ..	_____時 ____分 ~	_____時 ____分
	②	_____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