**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**