

化学物質管理に関する相談申込書

令和 年 月 日

下記のとおり、相談を申込みます。

事業場名等	名称		
	労働者数	人	
	担当者職氏名	ふりがな (お名前)	(職名等)
	所在地	〒	
	電話・Fax 番号	電話	fax
	メールアドレス		
	事業場の業種・事業内容		
化学物質を使用する作業内容 主な化学物質(把握している範囲で)			
電話・訪問	まずは電話相談を希望 ・ 訪問相談を希望		
訪問相談希望日 (第一希望・第二希望)	① 令和 年 月 日() 午前 ・ 午後		
	② 令和 年 月 日() 午前 ・ 午後		
※対応する相談員との間で、追って日程調整を行います。希望日の訪問をお約束するものではありません。			
相談したい内容			

Fax 026—225—8535 (添書不要)

FAX 受付後、事務局から、確認のためお電話させていただきます。

【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