

産業保健相談員 講師派遣（斡旋）依頼書

平成 年 月 日

群馬産業保健推進連絡事務所代表 殿

下記の内容について、講師の派遣（斡旋）依頼を申込みいたします。

事	所在地 名称	〒 -	TEL ()
			FAX ()
			メルアド
業	事業内容		
場	担当者氏名	労働者数	男性 名
	所属部署		女性 名
	産業医氏名		計 名

申 込 内 容	会議・研修等の名称		
	開催時期 <small>(時刻は講演時刻 を記入のこと)</small>	第1希望	平成 年 月 日 () 午前・後 時 分 ~ 時 分
		第2希望	平成 年 月 日 () 午前・後 時 分 ~ 時 分
		第3希望	平成 年 月 日 () 午前・後 時 分 ~ 時 分
	開催場所	名称： 住所： TEL：	
	テーマ		
	受講対象者	受講者数	名
行事内容 及び 希望する 講演内容			

FAX : 027 - 233 - 9966

センター記入欄	派遣講師名：	専門分野：
---------	--------	-------

❖ 複数企業(産業医を選任している企業2社以上)からのお申し込みの場合は、講師を無料で派遣いたします。

ただし、講師の交通費についてはご負担いただく場合もあります。

❖ 個別企業(1社のみ)のお申し込みの場合は、費用は企業負担となります。

❖ メールアドレスをご記入された場合は、当連絡事務所メルマガ会員として登録させていただきますので、予めご了承下さい。

❖ 当連絡事務所では駐車場をご用意しておりませんので、できるだけ公共交通機関をご利用ください。

〒371-0022 前橋市千代田町1-7-8 群馬メディカルセンター2F

独立行政法人労働者健康福祉機構 群馬産業保健推進連絡事務所 TEL. 027-233-0026