

申 込 日	平成 年 月 日
-------	----------

## 講師依頼申込書

会社名		電話	
申込者氏名		FAX	
		E-mail	
申込者種別 (○で囲んでください。)	保健師 看護師 事業主 労務管理担当者 衛生管理者 衛生推進者 産業保健関係機関 労働者 その他( )		

研修会名			
講師名			
貸出機器			
開催期日	平成 年 月 日 ( )	時 分 ~	時 分
会場名			
会場所在地			
主催団体名			
受講対象者		受講者数	名
行事内容および 支援依頼の 理由			
備考			

(コピーしてご使用ください)

独立行政法人 労働者健康福祉機構  
**大分産業保健推進センター**

〒870-0046 大分市荷揚町3番1号  
 第百・みらい信金ビル 7F  
 TEL 097-573-8070 / FAX 097-573-8074  
 URL <http://www.oita-sanpo.jp/>  
 E-mail [info@oita-sanpo.jp](mailto:info@oita-sanpo.jp)

※センター記入欄