

セミナー受講申込書(FAX用)

栃木産業保健推進センター 所長 殿

申込者名

事業場名		電話	
〒所在地		FAX	
受講日	受講者氏名	受講者の種別 (番号に○をしてください)	
月 日		1産業医 2事業主 3衛生管理者 4保健師・看護師 5労務管理担当者 6その他()	
		1産業医 2事業主 3衛生管理者 4保健師・看護師 5労務管理担当者 6その他()	
		1産業医 2事業主 3衛生管理者 4保健師・看護師 5労務管理担当者 6その他()	
		1産業医 2事業主 3衛生管理者 4保健師・看護師 5労務管理担当者 6その他()	
		1産業医 2事業主 3衛生管理者 4保健師・看護師 5労務管理担当者 6その他()	

* 受講当日のセミナーに関する質問があれば事前にご記入ください。
当日、セミナー講師が質問者名を伏せて回答させていただきます。

質問者名

* この機会にその他 産業保健に係る質問がありましたらご記入ください。
メール、電話、FAX、来所のいずれかご希望の方法により回答させていただきます。

質問者名

回答方法希望欄(✓を入れてください)

- メール メールアドレス
- 電話 回答先電話番号
- FAX FAX番号
- 来所 センターから連絡して来所日程を調整します。
連絡先電話番号

研修日程、研修内容など早期情報入手はメールマガジンが便利です。
登録ご希望の方はアドレスを記入してください。(✓を入れてください)

上記アドレスのとおり

メールアドレス

登録者の職種 産業医 事業主 衛生管理者 保健師・看護師 労務管理担当者 その他

