

講師紹介申込書

◎ 講師料は原則として有料です

◎ 希望日時は出来るだけ3案までご記入ください

平成 年 月 日

事業場名 団体名				従業員	人
業 種			業務内容		
所在地	〒 ー				
電話番号			FAX番号		
ふりがな				所属部署 役 職	
申 込 者					
申 込 者 職 種	・産業医 ・産業看護職 ・衛生管理者 ・人事労務担当者 ・事業主 ・安全衛生担当者 ・その他（ ）				
会議等名称					
開催場所					
受講対象者			受講者数		
希望日時	第1案： 平成 年 月 日（ ） 時 分～ 時 分				
	第2案： 平成 年 月 日（ ） 時 分～ 時 分				
	第3案： 平成 年 月 日（ ） 時 分～ 時 分				
希望する講師の氏名 *ご希望がある場合 :					
行事内容 及び ご希望の講演 テーマ・内容等					

※下記はセンター記入欄です（決定後に記入）。

講師名		訪問日時	
-----	--	------	--

< 申込用紙提出先 >

兵庫産業保健総合支援センター TEL:078-230-0283 FAX:078-230-0284

〒651-0087 神戸市中央区御幸通6丁目1番20号 ジイテックスアセントビル8階