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　　年　　月　　日

事業場名 団 体 名		従業員	人
業　　種		業務内容	
所 在 地	〒　　－		
電話番号		FAX番号	
ふりがな 申 込 者		所属部署 役　職	
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：　R　　年　　月　　日（　）　時　　分～　　時　　分		
	第2案：　R　　年　　月　　日（　）　時　　分～　　時　　分		
	第3案：　R　　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 ｼﾞｲﾃｯｸｽｱｾﾝﾄﾋﾞﾙ8階