

令和 年 月 日

中国労災病院治療就労両立支援センター 殿

研修会及び講習会等講師派遣依頼申込書(兼 FAX 用)

申込者 氏名等 (社名)	郵便番号 〒 — 住 所 氏 名 (社名) 電 話		
研修会及び 講習会内容			
対象者	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/>医師(産業医) <input type="checkbox"/>医療従事者() <input type="checkbox"/>事業主 <input type="checkbox"/>衛生管理者等 <input type="checkbox"/>有所見者 <input type="checkbox"/>従業員 <input type="checkbox"/>その他</td><td>対象者数(見込) 名</td></tr></table>	<input type="checkbox"/> 医師(産業医) <input type="checkbox"/> 医療従事者() <input type="checkbox"/> 事業主 <input type="checkbox"/> 衛生管理者等 <input type="checkbox"/> 有所見者 <input type="checkbox"/> 従業員 <input type="checkbox"/> その他	対象者数(見込) 名
<input type="checkbox"/> 医師(産業医) <input type="checkbox"/> 医療従事者() <input type="checkbox"/> 事業主 <input type="checkbox"/> 衛生管理者等 <input type="checkbox"/> 有所見者 <input type="checkbox"/> 従業員 <input type="checkbox"/> その他	対象者数(見込) 名		
希望日時	令和 年 月 日 (曜日) 時 分から(約 時間程度)		
開催場所			
予算額	_____ 円(税込) 交通費は別途支給 有 (○で囲んで下さい) 無		

〒737-0193 広島県呉市広多賀谷 1-5-1
中国労災病院治療就労両立支援センター

電話 0823-72-7171 (代) FAX 0823-72-7006

【個人情報の取扱いについて】本申込書にていただいた個人情報は、個人情報保護法及び関連法令また当機構の個人情報保護規程等に基づき適正に管理、保護し、目的以外の利用や第三者への情報提供は行いません。