

研 修 会 参 加 申 込 書

FAX送信先:086-212-1223

所属先名			
業種			
所在地	〒 -		
TEL	- -	FAX	- -
メールマガジンの配信(月1回)を希望する方はメールアドレスをご記入ください。 相談員のメッセージや研修会のお知らせ等をお届けします。 @			
お申込者	氏名(ふりがな)	職 種 ※いずれかの番号に○印をつけてください	
	所属部課	0.産業医 1.保健師 看護師 2.衛生管理者 3.労務管理担当者 4.事業主 5.医師 6.労働者 7.その他()	
連絡先担当者名	所属部課		
	氏名		

開催日	研修会名

独立行政法人労働者健康安全機構 **岡山産業保健総合支援センター**

〒700-0907 岡山県岡山市北区下石井2-1-3 岡山第一生命ビルディング12F

電話:086-212-1222

FAX:086-212-1223