

令和 年 月 日

## 講師紹介申込書

申込者の氏名			所属・役職	
申込者の職種	1.産業医 2.産業看護職(保健師・看護師等) 3.衛生管理者 4.人事労務担当者 5.事業主 6.労働者 7.その他( )			
事業所 又は 団体名	名 称			T E L
	所 在 地			F A X
	従業員数	(男) 人	・ (女) 人	合計 人
	業 務 ・ 業務内容			産業医氏名
会議・研修等の名称				
希 望 日 時	第1案	令和 年 月 日( )	時 分	～ 時 分
	第2案	令和 年 月 日( )	時 分	～ 時 分
	第3案	令和 年 月 日( )	時 分	～ 時 分
開 催 場 所				
受 講 対 象 者			受 講 者 数	
希望する講師(産業保健相談員)がいる場合は、その氏名				
行事内容及びご希望の 講演テーマ・内容等				
※ 講 師 名			※ 専 門 分 野	
※印はセンター記入欄です。				
< 申込先 > 埼玉産業保健総合支援センター 埼玉県さいたま市浦和区岸町7-5-19 あげぼのビル3F TEL:048-829-2661 FAX:048-829-2660				

注1 講師謝金及び交通費等の費用はお申込み事業所のご負担となります。

注2 センターは講師のご紹介までとさせていただきます。謝金額、研修に係る打合せ等については直接講師とご相談ください。