

# 産業保健講師〔 幹旋 ・ 派遣 〕 依頼書

下記のとおり講師の〔 幹旋 ・ 派遣 〕を依頼します。

平成 年 月 日

代表者職氏名 印

宮城産業保健総合支援センター 所長 殿

事業場名			
所在地	〒 _____		
事業概要		〔労働者数〕 _____ 名	
担当者	〔所属部課〕	TEL	_____ - _____
	〔職氏名〕	FAX	_____ - _____

講演のテーマ・内容等			
_____			
_____			
_____			
〔第1希望〕			
日 時:	平成	年	月 日 ( ) 時 分 ~ 時 分
〔第2希望〕			
日 時:	平成	年	月 日 ( ) 時 分 ~ 時 分
〔第3希望〕			
日 時:	平成	年	月 日 ( ) 時 分 ~ 時 分
場 所	_____ (地図を添付して下さい)		
受講者	〔対象〕 _____	〔人数〕 _____	名
希望があれば講師名 _____			