

産業保健セミナー受講申込書

栃木産業保健推進センター所長 殿

申込者名 _____

事業場名		電話 (FAX)	
〒 所在地		労働者数	
受講日	受 講 者 氏 名	受講者の種別 (番号に○をしてください)	
/		1事業主 2衛生管理者 3保健師・看護師 4労務管理担当者 5その他()	
/		1事業主 2衛生管理者 3保健師・看護師 4労務管理担当者 5その他()	
/		1事業主 2衛生管理者 3保健師・看護師 4労務管理担当者 5その他()	
/		1事業主 2衛生管理者 3保健師・看護師 4労務管理担当者 5その他()	

独立行政法人 労働者健康福祉機構

栃木産業保健推進センター

TEL 028-643-0685

FAX 028-643-0695