

産業保健等の研修に係る共同開催の依頼書

年 月 日

独立行政法人 労働者健康安全機構
山梨産業保健総合支援センター 所長 殿

代表事業者（職名）氏 名

㊟

山梨産業保健総合支援センターと産業保健等の研修に係る共同開催を下記の内容により依頼いたします。

事業所 ・ 団体等	名 称		TEL	
	住 所		FAX	
	参加事業 所・団体等 の概要			
担当者氏名		連絡先TEL		
会議・研修等 の 名 称				
希 望 開 催 日 時	①	年 月 日	時 分	～ 時 分
	②	年 月 日	時 分	～ 時 分
開 催 場 所	名 称			
	住 所			
テ ー マ				
受講予定者数	名	受講対象者内訳		
主に受けたい 講演内容				

※センター記入欄

※派遣講師名		※備考	
※専門分野			

【申込先】

山梨産業保健総合支援センター
〒400-0047 甲府市徳行5-13-5 山梨県医師会館2階
TEL 055-220-7020 FAX 055-220-7021