

産業保健等に係る研修の後援依頼書

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による研修会の後援を下記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