

# 産業保健等の研修に関わる講師の斡旋依頼書

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産業保健相談員等による講師の斡旋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