講　師　斡　旋　申　込　書

平成　　年　　月　　日

紹介料は無料ですが、講師料は有料です。

※この用紙に記載された貴方の個人情報は講師斡旋申込書以外に使用いたしません。

事業場名			
事業規模	･1000人以上　･300人以上　･100人以上　･100人未満 ※いずれかに○印をつけてください。		
所在地	〒　　－		
ＴＥＬ	－　　－	ＦＡＸ	－　　－
メールマガジンの配信（月1回）を希望する方はメールアドレスをご記入ください。 相談員のメッセージや研修会のお知らせ等をお届けします。　　@			
お申込者	氏名（ふりがな）	職　種 0.産業医　5.産業保健関係機関 1.保健師　看護師　6.労働者 2.衛生管理者　7.その他（　　） 3.労務管理担当者　8.医師 4.事業主 ※いずれかの番号に○印をつけてください	
	職名		
	所属部課		
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		
開催場所			
受講対象者		予定受講者数	名
希望する講師名			
テーマ･内容等（簡潔にご記入ください）			
※相談員の都合により日時を変更させて頂く場合があります。 ※日時等決定しましたら、こちらからご連絡いたします。 ＊日時等連絡先（　　）			
お申込先	独立行政法人労働者健康安全機構　**岡山産業保健総合支援センター** 〒700-0907　岡山県岡山市北区下石井2-1-3　岡山第一生命ビルディング12F **電話:086-212-1222**　FAX:086-212-1223		