　　　年　　　月　　　日

申　　込　　書

〈 主催者様 〉

|  |  |
| --- | --- |
| 企業・団体名 |  |
| ご住所 | 〒　　　－ |
| 請求あて名 |  |

〈 ご担当者(申込責任者)様 〉

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 役　職 |  |
| お名前 |  |
| 所属 | 部　　　　　　　　　　　　　課 | | |
| ご連絡先 | TEL ( ) － ，FAX ( ) －  ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ | | |

〈 講師派遣依頼内容 〉

|  |  |
| --- | --- |
| 講師 |  |
| 開催日時 | 年　　　月　　　日（　　　）  午前・午後　　　　時　　　分　～　　　　時　　　分 |
| 会場 | 名称： |
| 〒　　　－ |
| TEL ( ) － |
| テーマ |  |
| 参加対象者 | 名 （ 男　　　　名 ， 女　　　　名 ） |
| 予算 | 円 |
| その他  (通信欄) |  |

※ 必要事項をご記入ください。申込書が届き次第、担当者より確認のご連絡をさせていただきます。

※ 講演・セミナー等に関するご相談など、お気軽にご連絡ください。

【　申 込 先　】

一般社団法人 **新潟県労働衛生医学協会**

〒951－8133　新潟県新潟市中央区川岸町1-39-5　 TEL：025-267-1200

ＦＡＸ：０２５-２６７－１２０７

2023/06/02改