

# 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 ( ) - メールアドレス		

## 〈 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

**F A X : 0 2 5 - 2 6 7 - 1 2 0 7**