

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

FAX : 025-267-1207

2023/06/02 改