

産業保健実地相談申込書

平成 年 月 日

鹿児島産業保健総合支援センター産業保健相談員による実地相談を
下記のとおり申し込みます。

鹿児島産業保健総合支援センター 所長 殿

申込者職氏名

印

事業所名		労働者数	男	名
			女	名
			計	名

事業主氏名		産業医氏名	
-------	--	-------	--

所在地	〒	電話番号	
		FAX番号	

E-mail	
--------	--

事業の概要

ご相談内容など

相談 希望日時	第1希望	平成 年 月 日 時 分頃
	第2希望	平成 年 月 日 時 分頃

<お申込み・お問い合わせ先>

鹿児島産業保健総合支援センター

鹿児島市上之園町25-1 中央ビル4階

TEL: 099-252-8002 fax: 099-252-8003

e-mail: info@kagoshimas.johas.go.jp