

産業保健実地相談申込書

令和 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通り申し込みます。

独立行政法人 労働者健康安全機構
鹿児島産業保健総合支援センター 所長 殿

申込者(担当者)職氏名

印

機関・団体名 事業場名			
代表者職氏名			
所在地	〒		
事業の概要			
電話番号	— —	FAX番号	— —
e-mailアドレス			
産業医氏名		労働者数	名
希望相談日時	第1希望: 令和 年 月 日 時 分 ~ 第2希望: 令和 年 月 日 時 分 ~		
相談の内容			

- ◆ こちらの申込書をプリントアウトし、記入の上FAX送信してください。(FAX: 099-252-8003)
- ◆ 相談希望日より2か月程度余裕を持ってお申し込みください。
- ◆ FAX受理後センターより連絡いたします。講師の都合等でご紹介できない場合もありますのでご了承ください。
- ◆ ご不明な点はお気軽にセンターにお問い合わせください。(TEL: 099-252-8002)

センター 記入欄	実地相談担当者	
	《備考》	