

実地相談申込書

平成 年 月 日

佐賀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申込みます。

事業主又は団体等
の代表者職氏名

印

佐賀産業保健総合支援センター 所長 殿

事業場又は 団体等名称				従業員数	〔 社〕 名
所 在 地	〒			T E L	()
				F A X	()
担 当 者 氏 名		所 属 部 署		産 業 医 氏 名	
事業の概要等					
相談項目					
相談内容					
派 遣 日	平成 年 月 日	派 遣 者	相談員氏名 () そ の 他 ()		

佐賀産業保健総合支援センター

〒840-0816佐賀市駅南本町6-4 佐賀中央第一生命ビル4F

TEL 0952-41-1888 FAX 0952-41-1887