

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		受講者概数	[社] 名
所在地 〒		TEL ()	
		FAX ()	
担当者名	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