

講師 幹 旋 申 込 書

令和 年 月 日

石川産業保健総合支援センター所長殿

申込団体名

代表者職氏名



石川産業保健総合支援センターの産業保健相談員等による講師の幹旋を申し込みます。

希望の講師名					
研 修 詳 細	名 称				
	内 容				
	対象者		人数	人	
	日 時	令 和	年	月	日 ()
		午前・午後	時	分より	時間 分間
	講演場所				
	主催者 名称				
	所在地				
	業種		団体構成 事業場数	事業場	
担当者 職氏名					
	TEL				
	FAX				
備 考	講師への謝金・旅費の支払い、研修資料の作成は 申込み団体が行います				