図書貸出申込書

申込日：　　年　　月　　日

事 業 場 名		業　　種	
事業場所在地	□□□－□□□□	従業員数	
ＴＥＬ		ＦＡＸ	
ふりがな		所属部署	
利用者氏名			
利用者種別	産業医　保健師・看護師　事業主　労務管理担当者　衛生管理者 産業保健関係機関　労働者　その他（　　）		

利 用 方 法	来　所・宅　配 **（送料は利用者負担です）**	利 用 目 的	ア　社内教育（管理者・一般） イ　安全衛生委員会等 ウ　その他（　　）

貸 出 希 望 日 （当センターの発送日）	年　　月　　日	返 却 予 定 日 （当センターへの到着日）	年　　月　　日

番　号	タイトル

※貸出は１回に５点までです。
※貸出希望日と返却予定日をそれぞれ含んで１０日間です。
※貸出の際はこの申込書をＦＡＸしてください。
※本用紙に記載された個人情報は、産業保健活動総合支援事業の目的以外には使用いたしません。

独立行政法人　労働者健康安全機構　山形産業保健総合支援センター
〒990-0047　山形市旅篭町３丁目１番４号　食糧会館４Ｆ
TEL　023-624-5188　FAX023-624-5250