

講師紹介依頼申込書

年 月 日

※はセンター記入。

申込（団体・者）	
担 当 者	部署及び職名 氏名
所在地 又は 住所	〒
T E L ・ F A X	TEL FAX
研 修 （ 講 習 ） 会 名	
対 象 者 及 び 人 数	
開 催 日 時	年 月 日（ ） ： ～ ：
開 催 場 所	
講 師 依 頼 内 容 及 び 目 的	
講 演 時 間	： ～ ：
謝 金 見 込 額	
※ 講 師 調 整	
※ 依 頼 講 師	

※ 本用紙に記載された個人情報、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 山形市旅籠町 3-1-4 食糧会館4F

TEL 023-624-5188 FAX 023-624-5250