

福岡産業保健総合支援センター所長あて

平成 年 月 日

講師斡旋依頼書(FAX可) FAX : 092-414-5239

事業場 又は 団体	名称				TEL		
	所在地	〒 -			FAX		
	従業員数	(男性)	名	・	(女性)	名	合計 名
	業種・業務内容				依頼担当者 氏名		
会議・研修等の 名称							
希望日時	第1 希望	平成	年	月	日()	時	分 ~ 時 分
	第2 希望	平成	年	月	日()	時	分 ~ 時 分
	第3 希望	平成	年	月	日()	時	分 ~ 時 分
開催場所							
受講対象者					受講者数		
行事内容 及び ご希望の 講演テーマ・ 内容等							

【 ※ 講師謝金は別途必要です 】

センター記入欄

講師 : _____

*内容については個人情報が含まれる場合がありますので、FAX番号はお間違えのないように！