

福岡産業保健総合支援センター所長あて

令和 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	令和 年 月 日( )	時 分 ~	時 分
	第2 希望	令和 年 月 日( )	時 分 ~	時 分
	第3 希望	令和 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				

**【※ 講師謝金等は別途必要です】**

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！