

講 師 幹 旋 依 賴 申 込 書

令和 年 月 日

申込団体・会社名称							
所属部署名							
担当者名							
所在地							
電話番号			FAX番号				
E-mail							
研修（講習）会名							
対象人数							
開催日時	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					
開催場所							
講師依頼内容及び目的							
希望する講師名							
機材等の有無 (必要な機材等にチェックを入れて下さい)	<input type="checkbox"/> ノートパソコン		<input type="checkbox"/> プロジェクター				
	<input type="checkbox"/> スクリーン		<input type="checkbox"/> その他 (備考欄にご記入願います)				
備考欄 (具体的なご希望等)							



独立行政法人労働者健康安全機構 秋田産業保健総合支援センター

〒010-0874 秋田県秋田市千秋久保田町6-6

秋田県総合保健センター 4階(秋田県医師会館内)

●TEL018-884-7771 ●FAX018-884-7781

●E-mail:info@akitas.johas.go.jp ●ホームページ:https://www.akitas.johas.go.jp/

※ 講師斡旋による講師謝金及び交通費等につきましては有料となります。

詳細につきましては講師と直接打ち合わせ下さるようお願いいたします。