

※質問や相談のある方は、質問・相談事項をご記入の上お申し込み下さい。

福島産業保健総合支援センター あて

(質問・相談の場所、手段についてチェックしてください)

<input type="checkbox"/> 会場	
<input type="checkbox"/> F A X	0 2 4 - 5 2 6 - 0 5 2 8
<input type="checkbox"/> メール	sanpo07@fukushimas.johas.go.jp
<input type="checkbox"/> 電 話	0 2 4 - 5 2 6 - 0 5 2 6
<input type="checkbox"/> センターでの相談希望	(      年      月      日      時頃)
<input type="checkbox"/> 希望相談員	

産業保健関係 質問 ・ 相談申込票

年      月      日

相談者氏名 (返事を必要な方はご記入ください) (あなた)	
事業所又は団体名	住 所 ( 〒      -      )
電話番号	F A X
Eメール	
業 種	<input type="checkbox"/> 製造業 <input type="checkbox"/> 建設業 <input type="checkbox"/> 運送業 <input type="checkbox"/> サービス業 <input type="checkbox"/> その他
事 業 規 模	<input type="checkbox"/> 1000人以上 <input type="checkbox"/> 300~999人 <input type="checkbox"/> 100~299人 <input type="checkbox"/> 50~99人      50人未満
相談者の職 種	<input type="checkbox"/> 産業医 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 事業主 <input type="checkbox"/> 労務担当者 <input type="checkbox"/> 衛生管理者 <input type="checkbox"/> 産業保健関係者 <input type="checkbox"/> 労働者 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他
具体的な質問相談の内容	添付資料    有    ・    無
回答方法の希望	<input type="checkbox"/> 会場 <input type="checkbox"/> F A X <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> センター <input type="checkbox"/> その他 (      )
メールマガジン登録の希望	<input type="checkbox"/> 希望する (メールアドレス      ) <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 登録済み

※質問・相談事項は、1件1枚としてください。