

「石綿関連疾患診断技術研修 H29.11.30」申込書

三重産業保健総合支援センター あて

(F a x : 059 - 213 - 0712)

・ 申 込 日 _____月_____日

(フリガナ)

・ 受 講 者 氏 名 _____

・ 医院名等／部署 _____

〒

・ 医院等所在地 _____

・ 電話番号 _____

・ F a x 番号 _____

- ・ ご記入の個人情報は当センターが責任をもって管理し、当センターが提供する産業保健サービス以外での使用はいたしません。
- ・ 申込者 1 名毎に申込書を作成してください。受理した旨を通知いたしますので、電話番号、F a x 番号は必ずご記入してください。