

「がん患者さんの就労相談関係者研修会」参加申込書

下記のとおり研修会の受講を申し込みます。

氏名		職 種	ハローワーク就労相談窓口担当者
所属			企業の人事・健康相談担当者
電話			衛生管理者
FAX			産業保健スタッフ
			その他 ()
			(該当するものを○で囲ってください。)
所属住所	(〒 -)		

<会場:奈良県中小企業会館 中会議室AB>

