

窓口相談・実地相談等、問い合わせ票

高知産業保健総合支援センター宛 《 FAX : 088-826-6151 》 送信票等は不要です

申込日 令和 年 月 日

(ふりがな) 事業場名			労働者数
			人
(ふりがな) 代表者名			産業医の有無
			有・無
所在地	〒 -		
	TEL		FAX
事業内容			
担当者	所属部署・役職名		氏名
担当者職種	<input type="checkbox"/> 医師(産業医有資格者) <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 衛生管理者 <input type="checkbox"/> 事業主		
	<input type="checkbox"/> 医師(上記以外) <input type="checkbox"/> 安全衛生担当者 <input type="checkbox"/> 人事労務管理者 <input type="checkbox"/> その他		
相談内容	<input type="checkbox"/> 窓口相談希望 <input type="checkbox"/> 実地相談希望 <input type="checkbox"/> 電話相談希望 <input type="checkbox"/> メール相談希望		

※出来るだけ具体的にご記入ください

※ 追って当センターから相談日時についてご連絡いたします。

ご記入いただきました個人情報等につきましては、当センターが責任をもって管理し、本件の用途以外に使用することはありません。