

# 講習申込書

# FAX 093-671-3576

一般財団法人西日本産業衛生会 行

申込日 年 月 日

御社名			
所在地		〒	
連絡ご担当者		氏名（フリガナ）	[TEL]
			[FAX]
		[メール]	
ご参加者 氏名	第1回 (7/3-5)	計 ( ) 名	
	第2回 (9/5-7)	計 ( ) 名	
	第3回 (2/6-8)	計 ( ) 名	

\*必要事項をご記入の上、FAXにてお申込みください

【個人情報の取り扱いについて】

ご記入いただいた情報は責任をもって管理し、申し込まれたサービスの提供のために使用するほか、弊会が行う研修のご案内等に利用することがあります。個人情報の二次利用に同意されない場合は、右下の□にチェックマークをご記入ください。

同意しない