

メンタルヘルスセミナー 申込書

全国健康保険協会 福島支部 宛

FAX : 024-523-3841

申込締切日 : 令和6年10月4日(金)必着

保険証の記号		
事業所名		
所在地	住所	〒
	TEL	
希望会場	<input type="checkbox"/> ウィル福島アクティおろしまち (福島市) <input type="checkbox"/> ビッグパレットふくしま (郡山) → 参加形式 <input type="checkbox"/> 参集 <input type="checkbox"/> WEB (zoom)	
受講希望者	部署	
	氏名	フリガナ
	職種	<input type="checkbox"/> 産業医 <input type="checkbox"/> 保健師・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"/> その他
	部署	
	氏名	フリガナ
	職種	<input type="checkbox"/> 産業医 <input type="checkbox"/> 保健師・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"/> その他

※ご記入いただきました情報は、本セミナー以外の目的には使用しません。また、無断で第三者に提供しません。

必要事項を記入し、郵送またはFAXでお送りください。

〈郵送先〉 〒960-8546

福島市栄町6-6 福島セントランドビル8階
全国健康保険協会 福島支部

※定員 (各会場100名) になり次第締め切ります。