

実地相談依頼書

平成 年 月 日

兵庫産業保健推進センター所長 殿

事業所名

代表者

印

担当者(所属・役職)

(氏名)

(TEL)

(FAX)

① 相談場所

② 所在地

③ 事業内容

④ 従業員数

(名)

⑤ 希望日時

第1案

平成

年

月

日

()

時より

第2案

平成

年

月

日

()

時より

⑥ 相談内容(労働衛生工学分野、職場巡視等)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

◎ 実地相談は無料です

〔提出先〕兵庫産業保健推進センター TEL 078-230-0283 FAX 078-230-0284

〒651-0087 神戸市中央区御幸通町 6-1-20 三宮山田東急ビル8F