**参 加 申 込 書**

**申込先：熊本産業保健総合支援センター　あて**

**【ＦＡＸ：０９６（３５９） ６５０６】**

（番号のかけ間違いにご注意ください）

申込日　　　　　年　　月　　日

**「12月10日（日）治療と仕事の両立支援セミナー」**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （　ふ　り　が　な　）参 加 者 氏 名 | 所属（事業場名等）（一般参加の方は空白で構いません） | 連絡先電話番号 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **治療と仕事の両立支援**のご質問やご意見、お悩み等がございましたらご記入ください。 |  |

　※記載された個人情報は、本事業の目的以外には使用しません。

**１２月６日（水）まで**に、上記ＦＡＸ番号あてにお申込みください。

お申込みに際し、受付の連絡はいたしませんので当日会場にお越しください。

当日は、１３時３０分より受付を開始いたします。

お問い合わせ先

熊本産業保健総合支援センター　担当　平島

（　電話：　096-353-5480　）