

長崎産業保健看護職メールマガジン配信登録申込書

長崎産業保健看護職メールマガジン配信登録を申し込みます。

令和 年 月 日

氏名 _____

所属事業場 _____

部署名 _____

所有する資格 _____

(記載例：保健師、看護師、衛生管理者)

事業場住所 〒 _____

電話 _____

FAX _____

情報受信用メールアドレス (必須)

長崎産業保健総合支援センター

電話 095-865-7797

FAX 095-848-1177 (送信票不要)