

講演会／研修会等のお問合せについて

作成日: 年 月 日

依頼元	(かな)			業種・業務内容
	社名			
	住所			
	部署		TEL	
	担当名		FAX	
MAIL				@
内容	<input type="checkbox"/> 測定会 … InBody 体成分分析 (1日・10日間・長期貸出 )・超音波骨密度 <input type="checkbox"/> 講演会・研修会(医師・理学療法士・管理栄養士・産業看護師・ ) <input type="checkbox"/> 個別指導(運動・栄養・生活・ )			
目的	労働衛生(週間)・安全衛生(週間)			
希望日時	① 年 月 日 曜日 ② 年 月 日 曜日 午後 時 分 ~ 時 分 (計 60・90・120・ 分)			
対象者	<input type="checkbox"/> 従業員(全員・希望者・有所見者・ ) <input type="checkbox"/> 一般(公募・来場者・ ) <input type="checkbox"/> その他		人数(見込)	
			計 名	
			男女の比率	(男 対 女 )
			中心となる年齢	( 歳 ~ 歳 )
開催場所	<input type="checkbox"/> 依頼元に同じ <input type="checkbox"/> その他(住所ほかを記入)			
予定会場	会議室・講堂・体育館・食堂・( )、床の状態(硬・柔) 1階・ 階(エレベーター有・無)、机や椅子の移動(できる・できない) USB等の外部データの持込(できる・できない・ ) 投影設備:有(スクリーン・プロジェクタ・接続ケーブル・パソコン・ポインター)・無 敷地内の駐車スペース(有・無)			
その他	<input type="checkbox"/> 「予防医療活動における調査研究のご協力のお願ひ」(同意する・不同意・検討中・未確認) <input type="checkbox"/> 見積書の作成(提出締切__月__日・不要)			

※ 実施が確定した後、当センター所長宛の正式依頼書(公印あり)の作成をお願いします