

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	☐ ウィル福島アクティおろしまち（福島市） ☐ ビッグパレットふくしま（郡山） → 参加形式 ☐ 参集 ☐ WEB (zoom)		
受講希望者	部署		
	氏名	フリガナ	
	職種	☐ 産業医 ☐ 保健師・看護師 ☐ 事業主 ☐ 労務担当者 ☐ 衛生管理者 ☐ その他	
	部署		
	氏名	フリガナ	
職種	☐ 産業医 ☐ 保健師・看護師 ☐ 事業主 ☐ 労務担当者 ☐ 衛生管理者 ☐ 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。