

禁煙セミナー 申込書

下記枠内を記入し、**FAX** または **郵送** でお送りください。(添書不要)

全国健康保険協会 福島支部 企画総務グループ 宛

FAX 024-523-3841

郵送 〒960-8546 福島市栄町6-6 福島セントランドビル8階

※郵送申込の場合、表面のコピーを取るなど、IDやURL、二次元コードを必ずお控えください。

申込締切日：令和7年11月20日(木)必着

事業所名		
所在地	住所	〒
	TEL	
受講希望者	部署	
	氏名	フリガナ
	職種	<input type="checkbox"/> 産業医 <input type="checkbox"/> 保健師・看護師 <input type="checkbox"/> 事業主 <input type="checkbox"/> 労務担当者 <input type="checkbox"/> 衛生管理者 <input type="checkbox"/> その他 ()

同じ事業所で複数人参加し、それぞれの媒体で視聴される場合、お手数でもコピーして人数分ご提出ください。
1つの媒体で視聴される場合は、1枚のみご提出ください。



全国健康保険協会 福島支部
協会けんぽ