参加申込書

<メンタルヘルス研修会>

開催日時 令和2年10月22日(木) 14時00分～15時30分

事業所記号	
事業所名	

	研修会出席者氏名(複数可)	該当項目を丸で囲んでください
代表者 1		1. 事業主 2. 健康保険事務担当者 3. その他
2		1. 事業主 2. 健康保険事務担当者 3. その他
3		1. 事業主 2. 健康保険事務担当者 3. その他

※誠に恐縮ですが、10月9日(金)までにFAXにてお申込みくださいますようお願いいたします。

送付先 〒104-8250
東京都中央区新川1-5-13
全国印刷工業健康保険組合 保健推進課
電話 03(3551)9301
FAX 03(3551)9399