

(様式第6号)

ヘルスカウンセラー相談申込票

申込日：令和 年 月 日

事業所名				申込担当者	役職 氏名
代表者名					
法人名					
代表者名					
所在地	〒				
電話番号		メール			
FAX		アドレス			
相談内容	(具体的にご記入ください)				
	※ 対面相談希望・オンライン相談希望 (どちらかを○で囲んでください) ★実施会場：_____ ★対象者： 名予定 ★機器使用準備の可否 (準備可能なものを丸で囲んでください) マイク・ホワイトボード・プロジェクター・スクリーン パソコン (パワーポイント・DVD 再生ソフト)・モニターTV ※パソコン、プロジェクター等の準備ができない場合は、当センターにて準備いたします ※使用機材に関しては講習の内容により変わりますので確定し次第ご連絡いたします。				
相談実施 希望日時	第1希望	年	月	日 (曜日)	(: ~ :)
	第2希望	年	月	日 (曜日)	(: ~ :)
	第3希望	年	月	日 (曜日)	(: ~ :)

※「ヘルスカウンセラー相談申込票」に記載された内容については、当センターの個人情報管理規程に従い厳重に管理し、ヘルスカウンセラーによる相談、支部(所)職員による日程調整、内容確認、各種講習会のご案内及び事業活動に関する情報提供のみに使用し、上記以外の目的で使用いたしません。

※本事業は、1事業所につき(本年4月1日から次年3月31日まで)最大4時間までのご利用が可能です。

※お申込みは、事業所単位となります。年度途中における利用時間数は当センターまでお問い合わせください。