

令和6年度メンタルヘルスケア「出前セミナー」問い合わせ連絡票

FAX先 : 03-6260-5727 観光産業健康保険組合

事業所記号 (保険証記号)			
事業所名			
電話番号		FAX	
ご担当者			
e-mail			
セミナー検討内容			
予定日時	年 月 日 () 開始時間 : (所要時間 2 時間)		
見込み人数	約 名	他の事業所と 合同開催の場合は その事業所名	
セミナー内容	1. セルフケア 2. ラインケア 3. その他 ()		
具体的 要望事項			
その他 連絡事項			

●開始日より1カ月前から講師キャンセル料が発生いたしますので、ご注意ください。