

5・5サポート相談表

コンサルタント会記入欄

受付番号	
受付日	平成 年 月 日
担当者	

一般社団法人日本労働安全衛生コンサルタント会
岡山支部長 殿

事業場名	
代表者職・氏名	印

5・5サポートについて詳細な内容を聞きたい、以下のとおり申し込みます。

申込日	平成 年 月 日		
対象事業場名			
所在地	〒 -		
業種	(中分類)		
事業内容			
従業員数	人 (外国人: 人)		
最寄駅	線 駅から 約 km で約 分		
担当部課		担当者職・氏名	
TEL	()	FAX	()
備考	(事業場についての特記事項があれば記入してください)		

注) 枠内のみ記入してください。