

ルネサンス 健康づくり出張プログラム 申込書

事業所名称		
ご担当者名		
TEL		
FAX		
E-Mail		
開催予定場所		
参加予定人数		
希望講習名		
開催希望日時	第1希望	_____年 ____月 ____日 ____時 ____分から ____分程度
	第2希望	_____年 ____月 ____日 ____時 ____分から ____分程度
	詳細未定	_____頃で ____分程度を希望
お問い合わせ ご要望など		

《お問い合わせ先》

大阪港湾健康保険組合

TEL: 06-4395-4112 FAX: 06-4395-4115

Mail: oosakakouwan@o-kouwankenpo.com

URL: <http://www.o-kouwankenpo.com/>