「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		
ご担当者様名		
連　絡　先	TEL：　　－　　－	FAX：　　－　　－
	Mail：	

希望セミナー	※Zoom を利用したオンラインセミナーご希望の場合は、セミナー名の後に（オンライン）とご記入ください。 ※オンラインセミナーは、プログラムに「オンライン対応」の記載があるものに限ります。
開催予定場所	建物名： 住　所：
参加予定人数	人
開催希望日時	第１希望：　　年　　月　　日　　時　　分～　　時　　分まで 第２希望：　　年　　月　　日　　時　　分～　　時　　分まで 詳細未定：　　頃　　分間程度のセミナーを希望
お問い合せ ご要望など	

【お申込み先】
大阪港湾健康保険組合
TEL：06－4395－4112　FAX：06－4395－4115
Mail：oosakakouwan@o-kouwankenpo.com

RENAISSANCE