

(様式1)

山梨県福祉保健部健康増進課長 殿

(がん対策推進担当扱い)

〒400-8501 山梨県庁内 FAX:055-223-1499

企業(事業所)名

代表者名

山梨県がんの治療と仕事の両立支援出張講座 講師派遣申込書

企業(事業所)名	
業種	
所在地	〒
電話番号	
FAX	
希望日時	第1希望 年 月 日() 時 分 ~ 時 分 第2希望 年 月 日() 時 分 ~ 時 分
ご希望の内容 該当する□を塗り 潰してください (複数選択可)	<ul style="list-style-type: none">・がん治療と仕事の両立実現に向けた取り組みのポイント<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 講演<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 経営者・管理職・人事担当者向け (対象人数 約 人)<input type="checkbox"/> 全従業員向け (対象人数 約 人)・両立支援を行うための環境整備や両立支援の進め方<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 講演<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 経営者・管理職・人事担当者向け (対象人数 約 人)<input type="checkbox"/> 全従業員向け (対象人数 約 人)<input type="checkbox"/> 取り組みに対する個別相談・その他 ()
通信環境等	<input type="checkbox"/> オンラインによるテレビ会議システムの利用可
申込ご担当者 氏名 部署 連絡先 メールアドレス	

※お申込み後、事務局より確認の連絡をいたします。

派遣日程や講師のご希望に添えない場合がありますので、あらかじめ御了承ください。