

※ 送信票等不要

「医療機関に係る労務管理等研修会」出席報告書

青森労働局雇用環境・均等室 行
F A X 0 1 7 - 7 3 4 - 6 3 0 0

報告年月日 令和 年 月 日

出席者の所属事業場名及び職氏名等

事業場	名 称	
	所 在 地	
	電 話 番 号	— —
	F A X 番 号	— —
出席者職氏名		

- 令和元年7月25日（木）までにFAX又は郵送等でお知らせください。
- 受付後、FAX等で受付番号を記載した「受付票」を送付します。（申込から1週間以内には送付しますので、届かない場合は雇用環境・均等室まで御連絡をお願いします。）
- 御記入いただいた個人情報は本研修会以外の目的には使用しません。
- 会場の収容人員の関係上、1事業場2名以内でお願いします。（3名以上を希望する場合は、あらかじめ御連絡をお願いします（電話017-734-6651 担当：藤本）。
また、定員を超えた場合は出席をお断りすることがあることを予め御了承ください。