メール送信先　h-iryou@sage.ocn.ne.jp

ＦＡＸ送信先　０７８－２６１－３３０５　（一社）兵庫労働基準連合会

労働時間等説明会申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号  メールアドレス |  |
| 参加者職氏名 |  |
| 参加者職氏名 |  |
| 参加希望日 | 参加希望日に〇印を記入してください。  （　　　）１　令和６年７月24日(水)  （　　　）２　令和６年８月 １日(木)  ※参加希望数が一方に集中した際には、参加日の変更をお願いすることがあります。ご了承ください。 |
| 個別相談の希望の有無 | 該当する方を〇で囲んでください。  有　　・　　無 |