

## ストレスチェック制度実施者等研修会の出席者について

茨城産業保健総合支援センター あて  
(FAX 029-227-1335)

事業場名 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

担当者職氏名 \_\_\_\_\_

1 下記の者が出席します。

職 種	氏 名
① 産業医等	
② 産業看護職	
③ 衛生管理者	
④ 人事・労務担当者	
⑤ 事業主	
⑥ 従業員	
⑦ その他	

※ 職種については、該当する番号に○印を付けてください。

2 説明会の開催日時及び会場

(1) 日 時 平成27年12月16日(水) 午後2時から午後4時30分

(2) 会 場 ワークヒル土浦研修室 (土浦市木田余東台4丁目1-1)

※会場の定員の都合上、連絡のうえ調整させていただく場合がございますので、ご了承ください。