

業務実施・相談依頼連絡票		年 月 日
【 申込み先 】		
(一社)日本労働安全衛生コンサルタント会 東京支部 〒108-0014 東京都港区芝4-4-5 三田労働基準協会ビル4階	E-mail	jashcont@basil.ocn.ne.jp
	TEL	03-3453-7393
	FAX	03-3453-7505
事業所名(または団体名)		
業種(または業務の内容)		
相談者の方	部署名	
	お名前	
	電話番号	
	FAX番号	
	メール アドレス	
<p>質問、相談、仕事の依頼等の内容をお書き下さい。</p> <p><input type="checkbox"/> 問い合わせ <input type="checkbox"/> 相談 <input type="checkbox"/> 診断 <input type="checkbox"/> 講師 <input type="checkbox"/> 調査 <input type="checkbox"/> 支部へ訪問希望 <input type="checkbox"/> その他</p> <p>内容:</p>		
ご返事について		<p>※希望するご返事の方法に<input checked="" type="checkbox"/>をして下さい。</p> <p><input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> 面談</p>