

下記の申込用紙をプリントアウト後、センターにFAXしてください。

## 予防医療ネットワーク参加申込書

平成 年 月 日

フリガナ		職種	
氏名			
勤務先		所属	
勤務先住所	〒		
TEL		FAX	
E-mail			

ご質問など

---

---

関西労災病院 勤労者予防医療センター

〒 660 - 8511

尼崎市稲葉荘3丁目1番69号

TEL 06 - 6416 - 1221(病院代表)

FAX 06 - 6416 - 5465