

登録承諾書

室蘭地域産業保健センター長
西里 弘二 殿

室蘭地域産業保健センターを活用するために登録することを承諾いたします。

会社名
代表者名
住 所

印

下記事項をご記入ください。

登録日	年 月 日	
労働者数	人	
業 種		
担当者	氏名	
	所属・役職	
電話番号		
F A X		
E-M a i l		